



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
31105 022	29/05/2020 11:27	2722918_CONTESTACAO_Anexo_02	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, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta nº: 8955303

A/C: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2016

Carta nº: 9637042

A/C: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

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

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



AT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, **MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO**
 PORTADOR(A) DO RG Nº **3.543.412** EXPEDIDO POR **SSP/PIB** EM **11/05/07** E
 CPF **010589312465** /CNPJ **0000000000000000**. PROFISSÃO **AGRICULTORA**
 E RENDA MENSAL DE R\$ **500,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DAVÍTIMA **MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO **001** N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **2224-1** N° da CONTA (com dígito, se existir) **18.502-7**
VARIACAO POUPOANCA 61

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

JUAZEIRINHO 28 de **JANEIRO** de **2016**
 LOCAL & DATA

Maria de Fátima Alcântara de Souto Juvino

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

21/01/2016

GRUPO SEGUADOR**DPVAT****ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago an/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 da lesão, 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 da pedida de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223204.



Banco Postal

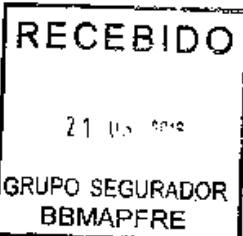
*** Abertura de Conta PF ***

Agência : 30301100-AC JURZEIRANHO
Terminal: 89328406 Id. Trx.: 226954
Nro Aut.: Caixa : 64781540
Data : 18/01/2016 Hora : 16:58
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

OUVIDORIA BB DDD0 729 5678

COPROVANTE
PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FÍSICA
TITULAR: MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUZA GOMI
AGÊNCIA: 2224-1 CONTA: 18.562-7
VARA/ACORDO POUPANÇA: 81





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

CRÔNIQUE

Local Preservado

BR-230
Km
226,1

DISTÂNCIA A - KM/MSA - 26,8m

JUAZEIRINHO

SOLEDADE

- LEGENDA:
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Ciclo
 - Caminhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Locação/colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Transito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semirreboque
 - Trângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinagem ou Deslizamento
 - Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A: PONTO A CORRESPONDE AO KM 226,1 Referência do Ponto B: DISTANTE 4m DO PONTO A

Distância AB (m): 5,0 Distância AC (m): 12,0 Distância BC (m): 8,5

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	28,8	FD	20,8	24,1
V3	TE	23,2	26,8	TD	23,0	26,7

Narrativa da Ocorrência:

SEGUNDO VESTIGIOS E ELEVAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR-230, KM 226,1 NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE, O CONDUTOR DO V1 DE PLACAS MMZ8592/PE, FABIANO ARAUJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO PAIXÃO, DURA CONTINUA, COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JEW 6244/RE QUE ERA CONDUZIDO POR YANDEILSON VICENTE DA SILVA, TENDO O V1 QUIDADO NA PISTA E COLIDIDO A SUA TRASEIRA NO V3 DE PLACA JJJ 2717/RN QUE VINHA LOGO ATRÁS DO V2.

RECEBIDO

21/01/2016

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: d8b660ce91b5da7d

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

Página 2 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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MMZ-6592 | Sequencial: V1 | Descrição: Chassi: 9BD15822524351311 | Renavam: 00776124536
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE | Cor: VERMELHA | Ano: 2002 | Tipo: Automóvel | Emplacamento: CONDADO/PB
Ocupantes: 3 | Espécie: Passageiro | Categoria: Particular
Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA MENDONCA | CPF/CNPJ: 215.326.754-91 | CEP:

Endereço:

Município/UF: CONDADO/PB

Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu a faixa | Saída da Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo | Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0

Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA PARCERIA:

Carregamento: Vazio | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: Isso | Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga:

R\$0,00 | Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recuperação:

Documento do Responsável:

Município/UF:

Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JFW-6244 | Sequencial: V2 | Descrição: Chassi: 9BWDC05221T136733 | Renavam: 00755760500

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

Ocupantes: 2 | Espécie: Passageiro | Categoria: Particular

Proprietário: MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO | CPF/CNPJ: 591.977.224-72 | CEP:

Endereço:

Município/UF: SÃO JOSE DO EGITO/PE

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 a faixa | Saída da Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo | Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0

Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA PARCERIA:

Carregamento: | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: Isso | Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga:

R\$0,00 | Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recuperação:

Documento do Responsável:

Município/UF:

Descrição do Encaminhamento:

RECEBIDO

21-03-2016

**GRUPO SEGUROADOR
BBMAPFRE**

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d8b6c0ce41e5da7d

* 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

VEÍCULO INVOLVIDO:					
Placa: JJ-2717	Sequencial: V3	Descrição: CHEVROLET CRUZE LT NB	Chassi: 9BGP969M0CB26030	Renavam: 00456287263	
Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE LT NB	Cor: BRANCA	Ano: 2012	Tipo: Automóvel	Emplacamento: PARELHAS/RN	
Ocupantes: 2	Especie: Passageiro	Categoria: Particular			
Proprietário: THIAGO LUIZENCO SANTOS				CPF/CNPJ: 073.551.974-95	
Endereço: R SEVERINO A DANTAS 670 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	Berrapagem? 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:					
----------------------------	--	--	--	--	--

Carregamento: Vazio	Houve Desarranjo de Carga? Não	Extensão dos Danos:		Moeda: Real-R\$	
Valor Total da Carga: R\$0,00	Produto Perigoso:				

Descrição da Carga:					
---------------------	--	--	--	--	--

ENCAMINHAMENTO DO VÉHICULO:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
-----------------------------	-------------------------------------	---------

Responsável pela Recepção:					
----------------------------	--	--	--	--	--

Documento do Responsável:					
---------------------------	--	--	--	--	--

Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:				
---------------	------------------------------	--	--	--	--

CONDUTOR ENVIADO:					
-------------------	--	--	--	--	--

Veículo: V1/MM2-8592					
----------------------	--	--	--	--	--

Nome/Apeido: FABIANO ARAUJO JUVINO					
------------------------------------	--	--	--	--	--

Data de Nascimento: 05/01/1983	Sexo: Masculino	Estado Civil: Não Informado			
--------------------------------	-----------------	-----------------------------	--	--	--

Nome do Pai: JOSE JUVINO DA ROCHA					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO JUVINO					
---	--	--	--	--	--

Endereço: SITIO ILHA GRANDE				CEP: 58.660-000	
-----------------------------	--	--	--	-----------------	--

Município/UF: JUAZERINHO/PB	Telefones:	Grau de Instrução: Não Informado			
-----------------------------	------------	----------------------------------	--	--	--

Naturalidade:	Nacionalidade: BRASIL	Ocupação Principal: PEDREIRO			
---------------	-----------------------	------------------------------	--	--	--

CPF: 037.751.884-01	Documento de Identificação: 2558265	Órgão Expedidor: SSP /PB			
---------------------	-------------------------------------	--------------------------	--	--	--

Origem:	Destino:				
---------	----------	--	--	--	--

Estado Físico: Morto	Socorrido pela PRF? Não	Usava Cinto? Não	Usava Capacete? Não Aplicável		
----------------------	-------------------------	------------------	-------------------------------	--	--

Existe Declaração em Anexo? Não		Havia Vestígio de Ingesta de Álcool? Ignorado			
---------------------------------	--	---	--	--	--

Transcrição da Declaração:					
----------------------------	--	--	--	--	--

Condutor é Habilidado? Sim	Categoria CNH: AB	Registro CNH: 0865123-0246/PB	Primeira Habilitação: 07/12/2012		
----------------------------	-------------------	-------------------------------	----------------------------------	--	--

Validade CNH: 22/03/2017	País CNH:	Demolida? Não	Item Percebidos: 100	Horas Dirigindo: 00:15	
--------------------------	-----------	---------------	----------------------	------------------------	--

Pertences:					
------------	--	--	--	--	--

Informações Complementares: INCN 20152888					
---	--	--	--	--	--

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR:					
-----------------------------	--	--	--	--	--

Tipo de Receptor:	Responsável pela Recepção:	Data/Hora da Recepção (hora local):			
-------------------	----------------------------	-------------------------------------	--	--	--

Documento do Responsável:		Motivo:			
---------------------------	--	---------	--	--	--

Município/UF:					
---------------	--	--	--	--	--

Descrição do:					
---------------	--	--	--	--	--

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: d606cfc41e5da7d

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

Prefeitura



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

OCORRÊNCIA: 83414661
Comunicação: C1958073
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1298565 FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS

Município/UF: SOLEDADE/PB

Fase do dia: Plena noite Condições da Pista:

Sinalização existente: Vertical/Horizontais

Houve danos ao patrimônio da União?

Houve solicitação de perícia?

A perícia compareceu ao local do sinistro?

Data/Hora do Acidente (hora local): 23/11/2015 19:00 BR: 230 KM: 226,1

Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Descendente

Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente

Condição meteorológica: Céu Claro

Sinalização luminosa: Inexistente

Data e horário da solicitação:

Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1,8

Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sinalização? Não existe

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Ute

Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 02

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampe >= 3% Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Super elevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Fernando Antunes Zoccola Ferreira
 Delegado de Polícia Civil

RECEBIDO

21/03/2016

**GRUPO SEGURODOR
 BBMAPFRE**

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d6b600e641e5da7d

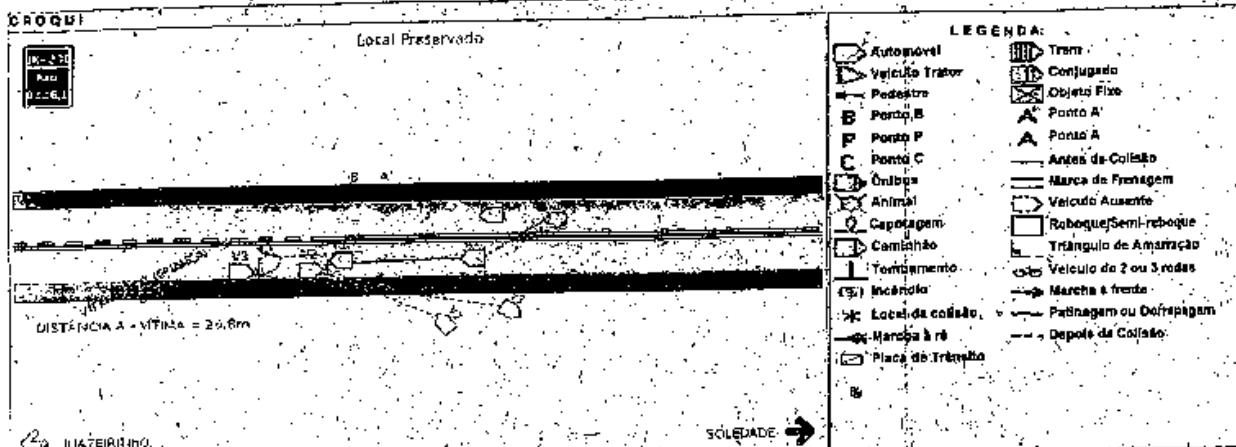
* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 1



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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: Q1958075
TUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada



Latitude do Ponto C: **19° 45' 00" S** | Longitude do Ponto C: **46° 45' 00" W**
Referência do Ponto A/A: **PONTO A CORRESPONDE AO KM 226,1** | Referência do Ponto B: **DISTANTE 4m DO PONTO A**

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
Distância AB (m): 5,0	Distância AC (m): 12,0	Distância BC (m): 9,5				

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

Narrativa da Ocorrência:
SEGUNDO VESTÍGIOS E LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR 230 KM 226,1 NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE, O CONDUTOR DO V1 DE PLACAS MM26592/P, FABIANO ARAUJO JUVINO, AO ULTRAPASSAR EM LOCAL PROIBIDO (FAIXA DUPLA CONTINUA), COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2 DE PLACA JFW 6244/PE, OU, ERA CONDUZIDO POR YANDEILSON VICENTE DA SILVA, TENDO O V1 GIRADO NA PISTA E COLIDIU A SUA TRASEIRA NO V3 DE PLACA JJJ 2717/RN QUE VINHA LOGO ATRÁS DO V2.

RECEBIDO
21-03-2016
GRUPO SEGURODOR
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 possuir um valor legal em acomodações 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: MMZ-889 | 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:

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 VÉHICULO:

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

Marca de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

PÁSOS DA CARGA:

Carregamento: Vazio | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: Nenhuma | Moeda: Real/R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VÉHICULO:

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: 00755750509
 Marca/Modelo: VVV/PARATI'8 | Cor: CINZA | Ano: 2001 | Tipo: Automóvel | Emplacamento: SÃO JOSE DO EGITO/PE
 Ocupantes: 2 | Espécie: Passageiro | Categoria: Particular | CPF/CNPJ: 581.977.824-72
 Proprietário: MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO | CEP:

Endereço:

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 VÉHICULO:

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo | Saída da Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não | Incêndio? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo

Marca de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Estourado

Descrição do Recolhimento:

PÁSOS 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 VÉHICULO:

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

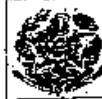
 VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

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

NÚMERO DE CONTROLE: d656c0ce41a5da7d

Página 3 de 15

* 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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: JU-2717 | Sequestrado: | Descrição: Chassi: 9BGP869MDC260300 | Renavam: 00456267283
Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE LT NB | Cor: BRANCA | Ano: 2012 | Tipo: Automóvel | Endereço: PARELHAS/RN
Ocupantes: 2 | Espécie: Passageiro | Categoria: Particular
Proprietário: THIAGO LOURENCO SANTOS | CPF/CNPJ: 073.551.974-95
Endereço: R SEVERINO A DANTAS 670 CASA | CEP: 59.360-000
Município/UF:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VÉHICULO

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

Descrição do Recolhimento:

PAÍSES DA CARGA

Carregamento: Vazio | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão das Datas: | Moeda: Real R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: |

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VÉHICULO

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recepção: |
Documento do Responsável: |

Município/UF: | Descrição do Encaminhamento: |

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VI/MMZ-8592
Nome/Apelido: FABIANO ARAUJO JUVINO | Sexo: Masculino | Estado Civil: Não informado
Data de Nascimento: 05/01/1980 |
Nome do Pai: JOSE JUVINO DA ROCHA |
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO JUVINO |
Endereço: SITIO ILHA GRANDE | CEP: 58.660-000
Município/UF: JUAZEIRINHO/PB | Telefones: | Grau de Instrução: Não informado
Naturalidade: BRASIL | Nacionalidade: BRASIL | Ocupação Principal: PEDREIRO
CPF: 037.751.884-01 | Documento de Identificação: 2568265 | Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: | Destino: |
Estado Físico: Mono | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não | Usava Capacete? Não Aplicável
Existiu Declaração em Anexo? Não | Havia Vestígio de ingestão de Álcool? Ignorado |

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim | Categoria CNH: AB | Registro CNH: 05651210249/PB | Primeira Habilitação: 07/12/2012
Validade CNH: 22/08/2017 | País CNH: | Dormia? Não | Km Percorridos: 110,0 | Horas Dirigindo: 00:15 |

Pertences: |

Informações Complementares: NIC-NP 20152888 |

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: | Responsável pela Recepção: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Documento do Responsável: |

Município/UF: |

Descrição do: |

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: d8b6c0ce41e5da7d

* 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

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: JV2JFW-6244
Nome/Apelido: VANDEILSON VICENTE DA SILVA
Data de Nascimento: 09/04/1976 Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado
Nome do Pai: ANTONIO VICENTE DA SILVA
Nome da Mãe: ANGELITA FRANCISCA DA SILVA
Endereço: Rua Projetaia, 511 - Bairro da São José
Município/UF: IMACULADA/PB Telefone: 83 996269832 Grau de Instrução: Fundamental
Naturalidade: IMACULADA/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR
CPF: 993.812.814-91 Documento de Identificação: 546440502 Orgão Expedidor: SSP / SP
Origem: IMACULADA/PB - BRASIL Destino: JOÃO PESSOA/PB - BRASIL
Estado Físico: Moto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05528608568/SP Primeira Habilitação: 10/09/2012
Validade CNH: 20/03/2017 País CNH: Dormiu? Não Km Percorridos: 130,0 Horas Dirigindo: 02:00
Pertences: #cartela 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, encontradas pelos bombeiros e entregue ao Sr. Ozando Vicente da Silva, CPF 022.160.834-61, e RG 2.107836-PB imóvel da vítima.

Informações Complementares: NIC Nº 20153351

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: JV3/JJJ-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: PAREIAS/RN Telefone: _____ Grau de Instrução: Médio
Naturalidade: GOVERNADOR VALADARES/MG Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: _____
CPF: 073.551.974-95 Documento de Identificação: 14847271 Orgão Expedidor: SSP / MG
Origem: PAREIAS/RN - BRASIL Destino: CAMPINA GRANDE/PB - BRASIL
Estado Físico: Basso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05339463326/RJ Primeira Habilitação: 01/11/2011
Validade CNH: 26/07/2016 País CNH: Dormiu? Não Km Percorridos: 120,0 Horas Dirigindo: 01:20

Pertences:
Informações Complementares: FEITO O TESTE N° 6409 DO ETILOMÉTRO DADO RESULTADO NEGATIVO.
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável:
Município/UF:
Descrição do:

RECEBIDO

21/01/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRF

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 5 de 5





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 Envolvedo: Passageiro Veículo: V1/MMZ-B5927

Nome/Apellido: FABIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO Sexo: Masculino Data de: 15/11/2007

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVIND CEP: 58.660-000

Endereço: ILHA GRANDE,CASA

Município/UF: IUAZEIRINHO/PB Naturalidade: NACIONALIDADE: BRASIL

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: Moro Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Fertences:

Informações Complementares:

NIC Nº 20152886

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

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

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:

RECEBIDO

21.03.2016

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: d5b6c0ce41e5da7d

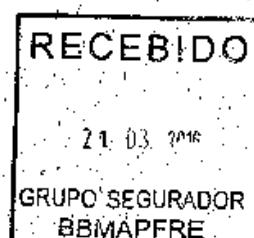
*Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

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 Envoltivo: Passageiro Veículo: VI/MMZ-8592 / Nome/Apelido: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO Sexo: Feminino Data de: 22/08/1939 Nome do Pai: SILVINO DE SOUTO NETO Nome da Mãe: JOSEFA ALCANTARA DE SOUTO Endereço: SITIO ILHA GRANDE Município/UF: JUAZEIRINHO/PB Naturalidade: JUAZEIRINHO/PB Nacionalidade: BRASIL CPF: Documento de Identificação: 3543418 Órgão Expedidor: ISSP/PB Telefones: Estado Civil: Não Informado Grau de Instrução: Não Informado Origem: Destino: Ocupação Principal: Usava Capacete? Não Aplicável Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Igneado Existe Declaração em Anexo? Não Transcrição da Declaração: Pertences: Informações Complementares: SOCORRIDA PELO SAMU	

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



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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro | **Veículo:** VEJUFW-5294 / | **Sexo:** Feminino | **Data de:** 08/06/1993

Nome/Apellido: MARIA APARECIDA PEREIRA GOMES

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Município/UF: | **Naturalidade:** | **Nacionalidade:** BRASIL | **CEP:**

CPF: 106.432.824-22 | **Documento de Identificação:** | **Órgão Expedidor:** | **Telefones:**

Estado Civil: Não Informado | **Grau de Instrução:** Não Informado | **Origem:** | **Destino:**

Ocupação Principal: | **Soterrado pela PRF?** Não | **Usava Cinto?** Sim | **Usava Capacete?** Não Aplicável

Estado Físico: Lesões Leves | **Existe Declaração em Anexo?** Não

Transcrição da Declaração:

Perícias:

Informações Complementares:

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

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: | **Responsável pela Recuperação:** | **Data/Hora da Recuperação (hora local):**

Documento do Responsável: | **Motivo:**

Município/UF:

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: d6b6c0ce4105d47d

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

Página 2 de 3





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/Matricula do Agente:	1286365	Data:	23/11/2015 19:00							
Itens										
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	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	Assoalho porta-malas / Assoalho	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 Compõida / 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	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1	X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X		41	Assoalho 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	4	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		Somatório de todos os pontos assinalados na coluna "SIM": 60				Somatório de todos os pontos assinalados na coluna "NA": 0	
25	Painel Traseiro / divisor	1	X		Total de pontos "SIM" + "NA": 60					

Item	Descrição do componente	SIM	NA	Item	Descrição do componente	SIM	NA
49	Air Bag Motorista		X	66	Fardos		X
50	Air Bag Passageiro		X	67	Lanternas (dianteiras, laterais, a/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	68	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
62	Local gravação VIN		X	69	Pára-choque (dianteiro e/ou traseiro)		X
63	Pára-brisa	X		70	Rodas/pneus		X
84	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:

VEÍCULO 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 existe 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 existe

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

GRUPO SEGURADOR
BMAPFRE

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d6b8c0ce41b5da7d

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

Veículo: V3 / CHEVROLET/CRUZE LT NB	Placa: JJJ-2717
Nome do Agente/Assinatura: FERNANDO CEZAR SOUZA DOS SANTOS	Nº BOAT: 83414061
Registro/Matrícula do Agente: 1206365	Data: 23/11/2015 19:00

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	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 cota fogo	3		X	28	Assoalho porta-malas / Assoalho	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 / Avençal esquerdo	1	X		32	Suspensão traseira direita	2		X
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X	33	Lateral traseira direita	1		X
9	Pata-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	Assoalho central esquerdo	3		X	41	Assoalho 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	Pata-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 / Avençal direito	1		X
24	Tampa traseira	1		X	49	Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	25		
26	Painel Traseiro / divisor	1		X	50	Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0		
					51	Total de pontos "SIM" + "NA":	25		

Item	Descrição do componente	SIM	NA	Item	Descrição do componente	SIM	NA
49	Air Bag Motorista	X		55	Pára-sol		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-choque (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na 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:

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 NAO.

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)

AVALIADO

21/11/2015

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6b6c0c84fe5da7d

GRUPO SEGURADOR
BBMAPERÉ

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

Página 10 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

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	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NA	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	Assoalho porta-malas / Assoalho	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/poçoção 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	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X		34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X		36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X		37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X		39	Soleira externa direita	1	X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X		40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X		41	Assoalho 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 / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1	X		Soma de todos os pontos assimilados na coluna "SIM":					
25	Painel Traseiro / divisor	1	X		Soma de todos os pontos assimilados na coluna "NA":					
					Total de pontos "SIM" + "NA":					
					88					
					88					

Item	Descrição do componente	SIM	NA	Item	Descrição do componente	SIM	NA
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	Pára-choces (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus	X	
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na 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:

VEÍCULO LIBERADO NO LOCAL PELO DELEGADO AG PAI DA VITIMA O SR. JOSE JUVINO DA COSTA; CPF: 322313264-34

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

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

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

SIM = item danificado no acidente

NÃO = item não danificado ou não existente

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

REGISTRO

21/11/2015

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d6860ce41e5da7d

GRUPO SEGURADOR
BBMARPPE

* 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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: 06b600ce4fe5d67d

RECEBIDO

21.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

Página 12 de 15



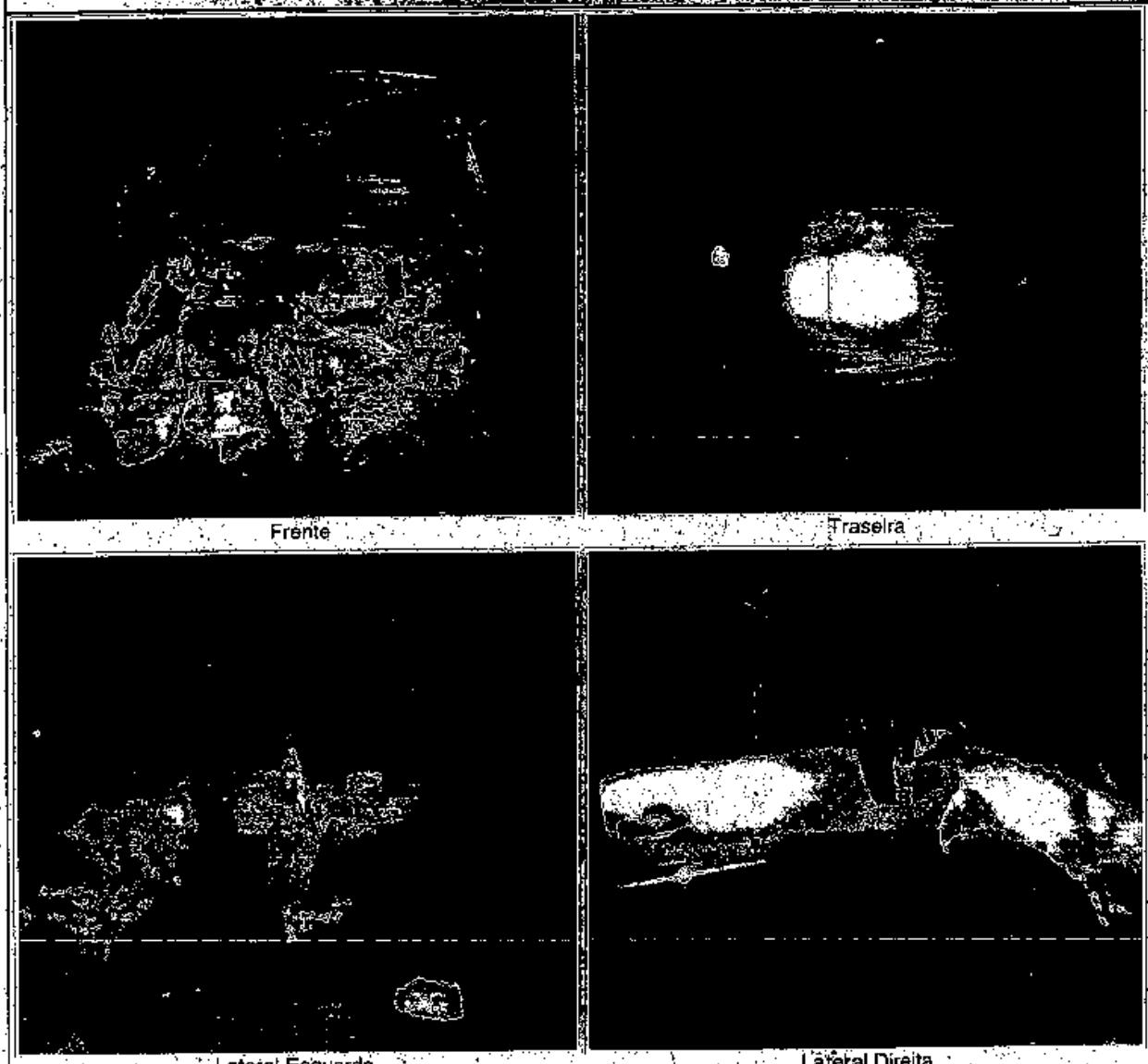


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

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



Frente

Traseira

Lateral Esquerda

Lateral Direita

RÉCEBIDO

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/01/2016 09:43:27
NÚMERO DE CONTROLE: d696c0ce41e5da7d

Z1 UU 2012

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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

Página 13 de 18



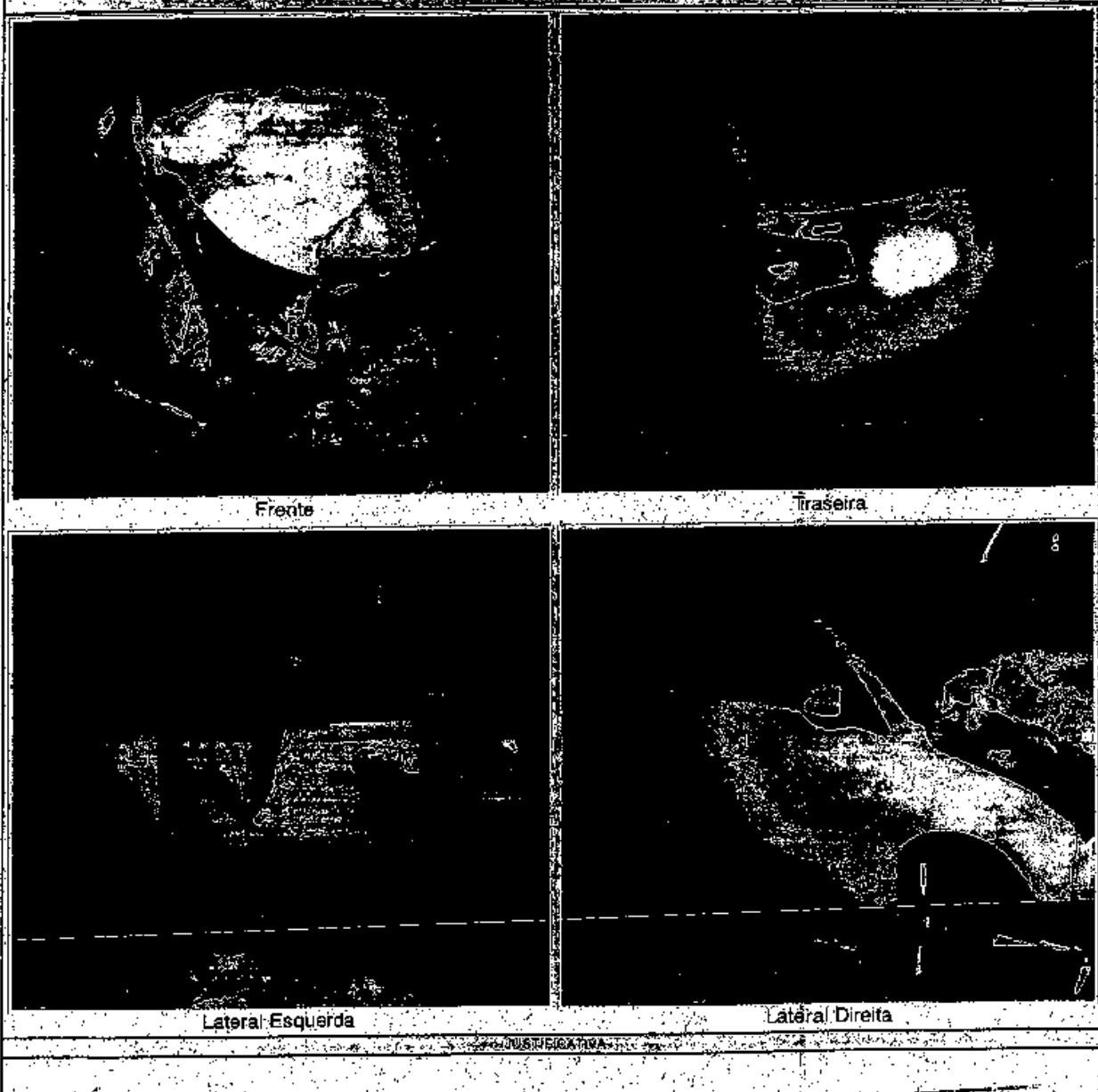


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

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

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



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

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

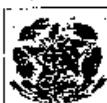
RECEBIDO

29-U-2016

GRUPO SEGURADOR:
BBMAPFRE

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



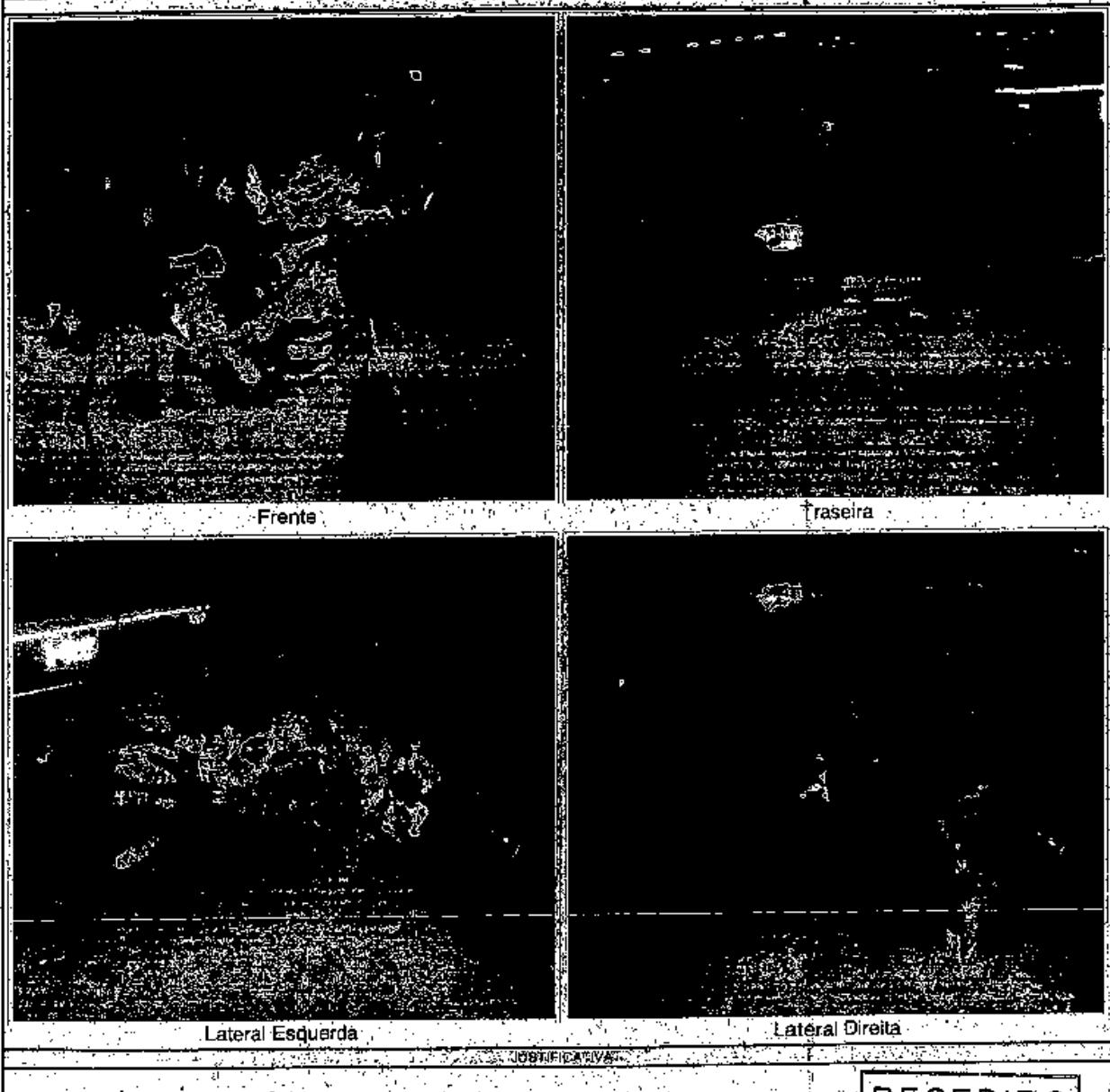


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83414061
Comunicação: C1958075
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

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



RECEBIDO

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

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

21/05/2018

GRUPO SEGURODOR
BBMAPFRE

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2^a 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

C E R T I D A O

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste cartório policial, encontrei o INQUÉRITO POLICIAL REGISTRADO SOB O Nº 114/2015, LIVRO TOMBO Nº 001/2015 FLS. 073, no qual figuram como VÍTIMAS DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VANDEILSON VICENTE DA SILVA, FABIO WILLIAN ALCANTARA JUVINO, e FABIANO ARAUJO JUVINO (VITIMAS FATAIS), além da VÍTIMA MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO, RG nº 3.543.418-SSP/PB, data de exp. 11/05/2007, cujo acidente na data de 23/11/2015, por volta das 19:00 horas, na BR 230, Km 226,1, neste Município de Soledade-PB em direção à cidade de Juazeirinho-PB, quando vinha o veículo FIAT UNO MILLE FIRE, ANO 2002, COR VERMELHA, PLACAS MMZ8592/PE, CHASSI Nº 9BD15822524351311, Licenciado em nome de MARIAIRENT 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 FATIMA 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 nessa data de 28 de janeiro de 2016. O referido é verdade, dou fi. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SOLEDADE/PB, 28 de janeiro de 2016.

ESCRIVÃO AD.HOG:

Martins Júnior Nery Fernando Mat. 160.003-6

RECEBIDO

21/01/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO, 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 SITIO 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 Alcantara de Souto Juvino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

JUAZEIRINHO-PB, 05/02/2016

RECEBIDO

21/05/2020

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE





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 Santo Júlio, 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: Suelio Moreira (Técnico de enfermagem) e José Freitas (Condutor).

Giorgia Karoline N. Gomes
Coordenadora SAMU

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

RECEBIDO	21/05/2020
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE	





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE FÁTIMA ALPANTARA 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:

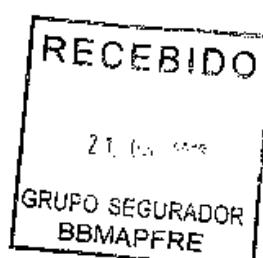
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO ILHA GRANDE</u>
Número	<u>SEM N°</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>JUAZEIRINHO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58660-000</u>
Telefone de Contato	<u>83- 993745864</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

JUAZEIRINHO-PB, 05/02/2016

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Alpantara de Souto Juvino





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO

RG nº 3.543.418, data de expedição 11/05/2007, Órgão 5505,

CPF nº 015.893.124-65, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 996242094/993745864/996860306</u>
E-mail	<u>helderlhenriques@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Alcantara de Souto Juvino

RECEBIDO
11/07/2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE





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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu HELDER LUIS HENRIQUES, portador(a) do RG nº 1.146.062, expedido por S.S.D.S 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 JUVINHO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUZA JUVINHO e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 1.000,00

Documentos comprobatórios: IMPOSTO DE RENDA

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

RECEBIDO
21.05.2020
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE





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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINHO cujo o condutor era
FABIANO ARAÚJO JUVINO.

Veículo: FIAT UNO MILLE FIRE

Modelo: 2002

Ano: 2002

Placa: MMZ 8592

Chassi: 9BDJ5822524351311

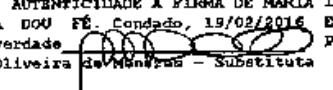
Data do Acidente: 23 - 11 - 2015

Local e Data: _____


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: LEPTICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3842-1626

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA DOU FÉ. Condado, 19/02/2016 Em test^o da verdade  Pailyana
Maria Andrade Oliveira da Mendoza - Substituta

Selo: D077636-EV007201501.08980 19/02/2016 08:43:12
Consulte autenticidade em [www.tjpb.jus.br/eodigital](http://tje.tjpb.jus.br/eodigital)

RECEBIDO
21/03/2018
GRUPO SEGUROADOR
BBMAPFRE





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Maria de Fátima Alcântara de Souza, PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 522.4 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 28/11/2015 A 02/12/2015 NECESSITANDO DE 60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande, 02/12/2015

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Juarez Ritter
CRM-PB 5002
CRO-PB 5093

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

RECEBIDO

CARTÓRIO DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DE SUELOS E QUADROS MATERIAIS
AUTENTICADO
que a presente cópia é reprodução fiel do documento original que me foi emitido. Dou fé. (Assinatura) (Data: 29/05/2020)
Selo digital: CCO05421-4983
Consulta à autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

BRAZ COSTA
CORPO DE SEGURO-DOR
BIMAPFRE



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente MARIA DE FÁTIMA ALCANTARA Alojamento 02 Leito 01 Convênio IUS IDO SEGURADOR MAPFRE

Data	Prescrição Médica	Horário
22/05/15	1) DIREXA 1LUCE	
	2) CSK	
	3) ACESSO LEVOSI SALINIZADO	
	4) DIPRIVONA 2ml + AIR TV	
	5) TANAL 50mg)TV S/N	
	6) OMEPRAZOL 40mg TV LX/MA	

Evolução Médica	IDO SEGURADOR
PACIENTE EU ESTABELECIDO N.1 DIREXA 1LUCE INTERAGIU SEM SINTOMAS ESCAFE AFRÉIA DIREXA 1LUCE 100MG 10 DIA PROVISON 200MG 10 DIA P/ ANAVADA	MAPFRE

22/05 ALTA HOSPITALAR

Intoperio

Pte com frx de clavida
em ambro D

Col. 1000mg

Solução Rx contante
Drip 500ml q 1 hora

Alta de pós op

MOD. 035

Dr. Jairz Ribeiro
Cirurgião-Dentista

01/12 09:00 37		88	19	100	90	PACIENTE EVOL.
1	2	3	4	5	6	BEM SEM DIFICULDADES
7	8	9	10	11	12	FEITO CURATIVO
13	14	15	16	17	18	SEGUÍ OS CUIDADOS DA EQUIPE
19	20	21	22	23	24	DE ENFERMAGEM.
25	26	27	28	29	30	Edson Pereira Filho Téc. Enfermagem COPEN-PA 604.908
31	32	33	34	35	36	
37	38	39	40	41	42	
43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	
55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	
67	68	69	70	71	72	
73	74	75	76	77	78	
79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	
91	92	93	94	95	96	
97	98	99	100	101	102	
103	104	105	106	107	108	
109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	
121	122	123	124	125	126	
127	128	129	130	131	132	
133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	
145	146	147	148	149	150	
151	152	153	154	155	156	
157	158	159	160	161	162	
163	164	165	166	167	168	
169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	
181	182	183	184	185	186	
187	188	189	190	191	192	
193	194	195	196	197	198	
199	200	201	202	203	204	
205	206	207	208	209	210	
211	212	213	214	215	216	
217	218	219	220	221	222	
223	224	225	226	227	228	
229	230	231	232	233	234	
235	236	237	238	239	240	
241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	
253	254	255	256	257	258	
259	260	261	262	263	264	
265	266	267	268	269	270	
271	272	273	274	275	276	
277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	
289	290	291	292	293	294	
295	296	297	298	299	300	
301	302	303	304	305	306	
307	308	309	310	311	312	
313	314	315	316	317	318	
319	320	321	322	323	324	
325	326	327	328	329	330	
331	332	333	334	335	336	
337	338	339	340	341	342	
343	344	345	346	347	348	
349	350	351	352	353	354	
355	356	357	358	359	360	
361	362	363	364	365	366	
367	368	369	370	371	372	
373	374	375	376	377	378	
379	380	381	382	383	384	
385	386	387	388	389	390	
391	392	393	394	395	396	
397	398	399	400	401	402	
403	404	405	406	407	408	
409	410	411	412	413	414	
415	416	417	418	419	420	
421	422	423	424	425	426	
427	428	429	430	431	432	
433	434	435	436	437	438	
439	440	441	442	443	444	
445	446	447	448	449	450	
451	452	453	454	455	456	
457	458	459	460	461	462	
463	464	465	466	467	468	
469	470	471	472	473	474	
475	476	477	478	479	480	
481	482	483	484	485	486	
487	488	489	490	491	492	
493	494	495	496	497	498	
499	500	501	502	503	504	
505	506	507	508	509	510	
511	512	513	514	515	516	
517	518	519	520	521	522	
523	524	525	526	527	528	
529	530	531	532	533	534	
535	536	537	538	539	540	
541	542	543	544	545	546	
547	548	549	550	551	552	
553	554	555	556	557	558	
559	560	561	562	563	564	
565	566	567	568	569	570	
571	572	573	574	575	576	
577	578	579	580	581	582	
583	584	585	586	587	588	
589	590	591	592	593	594	
595	596	597	598	599	600	
601	602	603	604	605	606	
607	608	609	610	611	612	
613	614	615	616	617	618	
619	620	621	622	623	624	
625	626	627	628	629	630	
631	632	633	634	635	636	
637	638	639	640	641	642	
643	644	645	646	647	648	
649	650	651	652	653	654	
655	656	657	658	659	660	
661	662	663	664	665	666	
667	668	669	670	671	672	
673	674	675	676	677	678	
679	680	681	682	683	684	
685	686	687	688	689	690	
691	692	693	694	695	696	
697	698	699	700	701	702	
703	704	705	706	707	708	
709	710	711	712	713	714	
715	716	717	718	719	720	
721	722	723	724	725	726	
727	728	729	730	731	732	
733	734	735	736	737	738	
739	740	741	742	743	744	
745	746	747	748	749	750	
751	752	753	754	755	756	
757	758	759	760	761	762	
763	764	765	766	767	768	
769	770	771	772	773	774	
775	776	777	778	779	780	
781	782	783	784	785	786	
787	788	789	790	791	792	
793	794	795	796	797	798	
799	800	801	802	803	804	
805	806	807	808	809	8010	
8011	8012	8013	8014	8015	8016	
8017	8018	8019	8020	8021	8022	
8023	8024	8025	8026	8027	8028	
8029	8030	8031	8032	8033	8034	
8035	8036	8037	8038	8039	8040	
8041	8042	8043	8044	8045	8046	
8047	8048	8049	8050	8051	8052	
8053	8054	8055	8056	8057	8058	
8059	8060	8061	8062	8063	8064	
8065	8066	8067	8068	8069	8070	
8071	8072	8073	8074	8075	8076	
8077	8078	8079	8080	8081	8082	
8083	8084	8085	8086	8087	8088	
8089	8090	8091	8092	8093	8094	
8095	8096	8097	8098	8099	80100	
80101	80102	80103	80104	80105	80106	
80107	80108	80109	80110	80111	80112	
80113	80114	80115	80116	80117	80118	
80119	80120	80121	80122	80123	80124	
80125	80126	80127	80128	80129	80130	
80131	80132	80133	80134	80135	80136	
80137	80138	80139	80140	80141	80142	
80143	80144	80145	80146	80147	80148	
80149	80150	80151	80152	80153	80154	
80155	80156	80157	80158	80159	80160	
80161	80162	80163	80164	80165	80166	
80167	80168	80169	80170	80171	80172	
80173	80174	80175	80176	80177	80178	
80179	80180	80181	80182	80183	80184	
80185	80186	80187	80188	80189	80190	
80191	80192	80193	80194	80195	80196	
80197	80198	80199	80200	80201	80202	
80203	80204	80205	80206	80207	80208	
80209	80210	80211	80212	80213	80214	
80215	80216	80217	80218	80219	80220	
80221	80222	80223	80224	80225	80226	
80227	80228	80229	80230	80231	80232	
80233	80234	80235	80236	80237	80238	
80239	80240	80241	80242	80243	80244	
80245	80246	80247	80248	80249	80250	
80251	80252	80253	80254	80255	80256	
80257	80258	80259	80260	80261	80262	
80263	80264	80265	80266	80267	80268	
80269	80270	80271	80272	80273	80274	
80275	80276	80277	80278	80279	80280	
80281	80282	80283	80284	80285	80286	
80287	80288	80289	80290	80291	80292	
80293	80294	80295	80296	80297	80298	
80299	80300	80301	80302	80303	80304	
80305	80306	80307	80308	80309	80310	
80311	80312	80313	80314	80315	80316	
80317	80318	80319	80320	80321	80322	
80323	80324	80325	80326	80327	80328	
80329	80330	80331	80332	80333	80334	
80335	80336	80337	80338	80339	80340	
80341	80342	80343	80344	80345	80346	
80347	80348	80349	80350	80351	80352	
80353	80354	80355	80356	80357	80358	
80359	80360	80361	80362	80363	80364	
80365	80366	80367	80368	80369	80370	
80371	80372	80373	80374	80375	80376	
80377	80378	80379	80380	80381	80382	
80383	80384	80385	80386	80387	80388	
80389	80390	80391	80392	80393	80394	
80395	80396	80397	80398	80399	80400	
80401	80402	80403	80404	80405	80406	
80407	80408	80409	80410	80411	80412	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Luisino de Fatima Alcantara

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/05	11 Diclofenac 50 mg x 4/dia	12 14 16 18 20 22 24 26	Boa evolução pneumonia
21 Ipratropio 20 mcg x 4/dia		12 14 16 18 20 22 24 26	Fracto de clavícula direito.
41 Ivermectina 50 mcg x 1/dia		12 14 16 18 20 22 24 26	Outras fraturas nos ossos.
51 Omeprazol 40 mg x 1/dia		12 14 16 18 20 22 24 26	Paciente ferido: sem escore RIO.
61 Sintax		12 14 16 18 20 22 24 26	02: 80 Rx torácico.



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nome de Fátima Alcantara	Alojamento	
Data	Prescrição Médica	Horário	
11/15	① Dieta branca		
	② SRL 1000 ml EV em 24h	30/0	09/0
	③ thermal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h	14	
	④ tilitil 40mg + diluente EV 3x dia		08
	⑤ Diphenox 1g + AD EV 6/6h	12	18
	⑥ norredon 8mg 12ml + diluente EV 8/8h	14	20
	⑦ omeprazol 40mg + diluente 3x dia Em jgum EV		09
	⑧ PC, FR, PR, Setor 3x dia		
	⑨ CCGG + SSR		
	# Comendo: After da cirurgia geral nos cecidenses da cirurgia to- madas.		
		08/08/2010	
		+ D. Mário	

Diagnóstico

Policlínico	Convênio	Evolução	Exames	Notas
10	3		FBI	U. vns
			FTI	
			ECG	2
			EEG	
			EV	
			GRUPO SEGURO BBNAPFRE	
# Crise aguda Geral #				
7º DTH / 5º DPO LF + Hb anastásia de leito Hepático e esplénico + transcostome com cruração fechada sem uso de sintomáticos				
Dispositivo: Ave, Drimo fôndica 250ml. Recente evolução em leito co- mum, gástrico ou ambulatório. Alimentação (A), necessária e ade- quada, dieta, refere dor em colostolo e enemas. Eletro eletrocardiogramma clínico. Hipertensão (2+1+) e perfundado, repleto.				
PAC ECG em ST, ANP SIS AR: AV(+) em STT, dire- cionado em base do pulso				
F. O. Abdomen plomo, levemente doloroso DB(+) Defecação F. O. Diarreia rara, sem sinal de flegmas				
SSAV TA 130X80 FC 90 PP 14.				





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26/05/2020

Paciente: Maria da Vítima Alcantara

Alojamento:

7

Leito:

Convênio:

GRUPO SÉGURO DO BRASIL

BBM/APP/RE

Diagnóstico

Politrauma (Traumas ósseo-musculares fechados)	
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
V	
W	
X	
Y	
Z	

cirurgia Geral #
5º DJH / 3º DPO LF + Hemorragia de leito Hepático e epitelial + tencostomia com arena em frascos. Em uso de Sintomatônicos Dispositivos: Glucose Blakie 250ml Glucose Tardive 300 ml. Paracetamol 1000 com metilina da dor relativa episódios de náuseas (na noite passada) diariamente 4 doses a cada bem a noite por via oral. FGR espesso, psymotrope, Anestésica Hipoclorita (+/-), banho profundo. Aspirine ACV e AR sem alterações. Abdome semi-globo, indolor a palpação, depressível, DPO. Limpo, Seco, Sem secreções flagitantes, expresso.

SSXV: PA 120/70 FC 73 PR 14.

Exame: AR clínica com base H+ # completa! Previsor 2 concentrado de hemácias, solicito parecer ortopédico. MOD.035





**GOVERNO
DA PARAIBA** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	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
	Mae de Fátima Ortopedio 29/11/15 Coloso auto Repe da MSD EGR, negl. Colo e pescoco. amad. r. dolor ao escane MS: dor 7/10 reduz, tímido P + escravos Bem: non MS: escravos, s/ escravos ao escanez Rx: Fraturo clavato CP: Fractura do metacisto solutamor reavaliado no mês de setembro ambulatório ortopédico	
	Tutoria	RECEBIDO casuador pelo ortopedio BBMAPFRE

CHAMADA DE CASO
CRM-PB TEL: 12337
CRUZADA DE DOCUMENTOS
TÍPICO 334-2965



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

Paciente Maria da Penha Alcoutina

Alojamento

Leito

Diagnóstico

Polítiquem
nal fechado)

RE

SE

BIBIMAC

abits

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/03/15	(1) Dexta Branda		# cirurgia Genol #
	(2) Hidratase SRL 1500 ml EV 24h		5º DJH / 3º DPO LF + Her
	(3) Bromal 100 mg + 500 ml SF 0,9% EV 8/16		taça de leito Hepático e es
	(1) Duprapa 1g + 10 tv 9/14h		árico + tonsilite torma com
	(2) Tibial 40 kg + diluído 5x dia		dolor em genol fechada.
	(6) Abundon 8mg / 2ml + diluído EV 8/16h		Em uso de Sintomáticos
	(7) Omepazol 40 mg EV 3x dia em jfum		Dispositivos:
	(8) LF, FR, PA 5x + O2 3x dia		Hidro Alkile 250ml
	(9) CGG + OSV		Glicerofosfato 100 ml.
	2 concentradores de hemácias		Paciente evolui com melh
	(10) Paciente da ortopedia, paciente com fratura em ombro e cotovelo direito, no dia 24/03 o paciente foi atendido pelo ortopedista e verificada fratura do ombro com hto conservador, imobilizado		da dor náuseas e vômitos
			na noite passada diarreia (+) evolução p
			o bem a dieta por via oral
			EGR espesso, acinzentado, Ar
			trigo hipoclorito (+/-),
			perístole. Afebril
			Arv e AR com alterações
			Abdomen semi-Globoso, ind
			lus m galpões, depress
			DBS
			2º Limpo, Seco, Sem
			Sinal flogistico, expre
			sivo
			SSRV PA 120/70 FC 73
			PR 14
			Freq tempo AR diminuída em base II
			II ronco intenso



GOVERNO
DA PARAIBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

26/05/2020

Paciente Maria da Piedade Monteiro

Alojamento 7

Leito

Convênio

HU

GRUPO
BBMAPPFRE

Diagnóstico

Polihistamina (histamina saburada)	CE	EI	EE	EE	EE	EE	EE	EE

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/05/20	① Díta Branda		# cirurgia Geral #
	② Hidroclorato SRL 1500mg EV 24h		5º DJH / 3º DPO LF + Plastoplastia de leito hepático e esplônico + toracostomia com drenagem fechada
	③ Bromal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/18h		Em uso de Sintomáticos Dispositivos:
	④ Dipirona 500mg EV 8/14h		Fluido Blakie 250ml
	⑤ Ticitriptilina 40mg + diluindo 3x dia		Fluído Torácico 100 ml.
	⑥ Naxitriptilina 8mg / 2ml + diluindo EV 8/18h		Paciente evolui com melhora da dor relata episódios de náuseas (na noite passada, diarreia) e enurese. A acetaminofén a dieta por via oral.
	⑦ Omeprazol 40mg EV 3x dia em jfum		FGR eletrocardiograma, ecocardiograma, angiografia Hipocômba (+/-), banho per fundibular. Abdomen
	⑧ FCG, FR, PA 5m + O2 3x dia		ACV e AR com plena排气. Abdomen semi-globoso, indolor ao palpado, depressível, DBO.
	⑨ CC GG + ISS NW		Ex. Límpio, Seco, Sem-Signos. Exames:
	⑩ 2 concentrados de Hemócaix		SS X PA 120/70 FC 73
	⑪ Puxas das ortopédias. Paciente com dor em ombro e cotovelo direitos, no dia 24/05 o paciente foi atendido pelo ortopedista e verificado fratura clínica com fratura conservada, imobilizada		PR 19.
			Esgotamento: AR, eliminável com base H+ +
			# Conclusão: Praticou 2 concentrados de Hemócaix, solicito parceria ortopédica



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26/05/2020

Diagnóstico

paciente	Maria de Fátima Alcantara	Alojamento	7	Leito	J	Convênio	CED	CEBIDO	21 h	GRUPO SECURADOR	BBM/ARRE
Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica					
26/05/2020	① Dieta Branca		5/6/2020			# cirurgia cerebral #					
	② SRL 3000 ml EV em 24h		19/6/2020			6º DTN / 4º DPO LF + Hemorragia de leite hepático e Esplônico + tonsilite com adenogengen fechado					
	③ tramadol 100mg + 100 ml SFL 0,9% EV 8/8h					Em uso de sintomas					
	④ tiazolide 40mg + diluente EV 1x dia		17/6/2020			Dispositivo:					
	⑤ Neurimidon 8mg/2ml + diluente EV 8/8h		18/6/2020			Dreno de Blaize 250 ml					
	⑥ Dipirona 5g + AD EV 6/6h		19/6/2020			Dreno torácico 900 ml					
	⑦ oxaprozol 40mg + diluente EV 1x dia em jejum		20/6/2020			Paciente evoluindo bem com leito comum, respira ambiente, leito bom, a dieta disease (+), enuresis, repre. urin. em MSD (rotulado e embrio).					
	⑧ fc, PR, PA, Sator 3x dia					EEG, respira, ecocardiografia, coleta-nos, hipocroneida, bem profunda, febril.					
	Refr.: dren. Blaize					AV RCR em 2r, BNP S/S					
						AB mVCF em A/H, S/R/A					
						Abdome plano, depressível, doloroso na palpicação (D+) P.O. fundo bem adaptado, seca, limpa, e preservada (S+)					
						SS VR: PA 140 x 100 FC 75 bpm					
						FR 14 bpm					
						# conduta: solicitar exames laboratoriais, retirar dreno Blaize					

28/11	13:00		150 90	Paciente consciente e orientado, andando com ajuda de muletas, encontra-se sem dor.
Adriana Leite da Silva Téc. de Enfermagem COREN-PB 991310				
28/11 20:15 36.8 105 22		130 90		Débito diurina tenue- ce em rede d'água 250 ml



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.

26 anos

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/13	① Dextro Isosmida	14/24h	# cianose tórax
	② Hidroxiceto 5% 1000ml + SR 1000ml	18	42 DIC 17º DPO 17º Pneumotórax da leito hépatico e esplônico + transito cavae + toracostomia com sonda fechada
	③ Tyonal 100mg + 100ml SR 5% 08h	19	dispositivo
	④ Dipirona 1g + AD EV b/6h	19	Dipirone Blake 300 ml
	⑤ Filatil 40 mg + diluente 3x dia	19	Glucosol 450 ml
	⑥ Nalusebrum 8mg 1ml + diluente EV 8/8h	19	AVP
	⑦ Omeprazol 40mg EV 1x dia com refeição	19	Paciente evolui com dores em todo corpo, acetona bem a direita, Náuseas(+) excusões(+) flatos(+)
	⑧ GC, FR, PA, S+Dz 3x dia		EGR expandido, acinzentado, amarelo, Hipocacusida +/4, Hiperhidrose, bem perfundido
	⑨ Cetec + SS KV		Abdome plano doloroso e palpável, de pressão(+), FO limpo, Séco, sem excreta, fisiológico
	# conduti: Múltipla, rigor		SS.VV: Temp. 36,7ºC
	funis ritmo e anoxia díbito das adens		PA 100x80 FC 73 PR 14
	+Dm. Várias		

Diagnóstico

Politrauma: Fratura abdominal fechada

O	
D	
B	
C	

EV
BIB APP
EURO SEPARADOR

NOD. 035



26.11.1235 966 132 19 130x80

PC conciente, orientada e calma. Quixicade do abdômen não realizada com cuidado de enfermagem e evitativa, f.O limpo.

120x70

Busca-se dor do abdômen não M.S.D endemonstrado

06c

blake - 250ml
torax - 600 - 500 - 100ml



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

26 anos

paciente | Maria de Fátima Alcantara

Alojamento

Leito

Convênio

CID

CIE

CBO

CRM

BEMAPRE

Diagnóstico

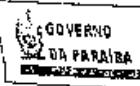
Politremo - trauma Abdominal fechado

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/05	(1) Dieta líquida de fruta, evitam gordura os 6h		# Cirurgia, Geriat #
	(2) Hidrogeico 500,0 a 1.000 ml EV 12/18 24/06		3º D.I.H / 1º DPO LF +
	SRH 1.000 ml EV 12/18 24/06		Hemorragia, leito hepático e
	(3) Dipirona 50 + TAD EV 6/6h	12/18 24/06	Espástica + taolete copritivo,
	(4) Flutab 50mg + diluente EV 8x/dia 12		endoscopia com frenagem
	(5) Thromal 100mg + 100 ml SFG 0,9% EV 8/8h	14/22/06	fechada
	(6) Nimesepam 8mg/2ml + diluente EV 8/8h	14/22/06	Dreno Blake díbito 150ml
	(7) Omeprazol 30mg EV 8x/dia em jxum.		3xJ 3.200ml em 24h /
	(8) FC, FR, PA, sotz 3x/dia ct	26	Dreno torácico 200 ml, ANP
	(9) cefaz + ssri	ct	paciente evolui se queixando
	(10) Nitrat SVD	ct	de dores em região Abd. e
	# Conclusão: Súlcida hemorragia		reto e abdome, clínica
	intus. óssea líquida de prona.		presente por SVD encusada
	Diego Soárez Moreira Gera		2, está em dieta geno.
	Médico Residente da UPA Gera		EGR suspeita, adenofato
	CRM-PB 1036		onictiva, Hipocretina (+/4),
			sem peripinélio.
			Abdome levemente doloroso,
			DBS RHA Hipopátria,
			sem sinais de infecção pe-
			nteral.
			SSVV PA 150x80 FR 20
			FC 72 Temp 36,2°C

NOD. 035







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

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:

Figado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares, observando-se áreas mal definida 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.

Bexiga 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.

RECEBIDO

21/03/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Pelotrama - Trauma abdominal penetrante
RE GRUPO SEPARADOR BIMPFRE

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Mano de ferro Alcantara da Serra	P	ICM	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/11/15	(1) Dieta leve; (2) SRL 1000ml (3) 24h; +fusico 5% Somp cada 6h. (4) Paracetamol 1g AFA + AD (5) 6/6h. (6) Metoclopramida 10mg AFA + AD (7) 8/8h; (8) IMA 40mg (9) 100ml SF 0,9%; (10) Omeprazol 40mg (11) AFA + AD IX dia; (12) (13) 1/6 e Hf 6/6h; (14) Monitorização multivitamínica; (15) RSVT CCGS;	ote. 04 04 04 04 04 04 04 04 04 ote. ote.	# Cirurgia feita! Paciente admitido neste momento apresentando: Tribadoma, fixado exibindo maculadade na face d R e no Tórax, entre os dois esternos, hemicôndilo esq não que medem 1,00m de maculadade. Pequena peritônio, hemicôndilo comum no topo, mede 1,00m diferente do resto, o tórax, costelas, mandíbula e máscara de nem sequer, batidas das pernas, pernas de arco curto à esquerda. No tórax: SRL acalmo, anestesia, suspeitando rot ar embolia, monitorização contínua intensiva. Abdom: doloroso dependentemente das pressões venosas de varizes pectenae. Conduita: monitorizar hospitalar HB Hf 6/6h Monitorizar suspeita de fratura
	<i>Mano de ferro Alcantara da Serra CIRURGIA GERAL B. 598</i>		
			# cirurgia feita 10/11/15 Paciente submetido a LF + Res tasia de 0,50. Repartição explana se elata contínua + tensão co tânia + dor de Becke.

Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21/07/2020 06:00	36	120/80	10x80			Paciente admitido do P.C. no pós operatório, mantém intubado, diurese zero, iteração bruta (frequente); Eletrocardiograma normal, hemograma eletrocardiograma normais, frequência cardíaca ligeiramente acelerada, pressão arterial normal. Paciente oxigenado com 3 litros de oxigênio via máscara respiratória.	
21/07/2020 07:00	36	120/80	10x80			Paciente admitido do P.C. no pós operatório, mantém intubado, diurese zero, iteração bruta (frequente); Eletrocardiograma normal, hemograma eletrocardiograma normais, frequência cardíaca ligeiramente acelerada, pressão arterial normal. Paciente oxigenado com 3 litros de oxigênio via máscara respiratória.	
06:00						Gsonal	
						Desmazado = Samb	
						do choro doceiro	
						Desmazado = Gsonal	
						do choro frio	





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande - DECT - PB

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Nome:	Maria de Fátima	DO	SEGUILLADOR
Idade:	26	Data de Nascimento:	REF.
Leito:		R	BIBLIOTECA





ESTADO DA PARAÍBA
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** RG: **CIRURGICA 7-1**
Data: **25-11-2015 11:58** Origem: **CLINICA CIRURGICA**
Idade: **26 anos** Deadline: **ENP 07 - L 01**

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: **25/11/2015 12:00**

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	2.43 milhões/mm³	3,9 à 5,9 milhões/mm³
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

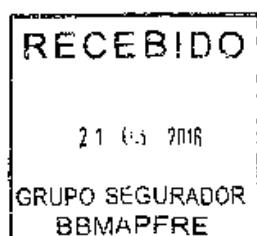
SÉRIE BRANCA

Leucócitos	12.600 /mm³	5.000 à 10.000 /mm³
(%)	(/mm³)	
Neutrofílicos		
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 ³
Basófilos	1,0	126 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Linfocitos		
Tipicos	14,0	1.764 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0
Monocitos	2,0	252 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	136.000/mm³	140.000 a 400.000/mm³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRM 8411



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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. 58



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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 1 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

Elisabete Su... 3 1 4 6 2 8 5 6

Mat. 204.689-5 - Número 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maximiliano Batista de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
242.8741

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2109101977217241010208

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/189

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Gorete Monteiro de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD *83* N° DO FONE *931231419411*

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Álvaro Olha Grande zona norte

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Juazeirinhos

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PB

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima de acidente com trauma abdômen fechado, TC de abdômen evidenciando lesões de: lobo direito e esquerdo, hepático e esplênico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de morte.

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdômen 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

(CNS) (CPF)

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMÍO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/11/19

E

E

E

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

RECEBIDO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

48 - ASSINATURA E CARMÍO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

GRUPO SEGURO

BBMAPFRE

MOD. 009

SUS	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			2 - CNES						
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 3 6 2 8 5 6						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES						
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 3 6 2 8 5 6						
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE									
<i>Marcelo de Souza abraturano de Souza.</i>			6 - N.º DO PROTELEFONE <i>2112.8741</i>						
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/08/89</i>						
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO <i>Masc. [1] Fem. [3]</i>						
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO <i>11 3933 7744</i>						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>PP</i>						
15 - UF			16 - CEP						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
<i>Vitória de cedade com febre alta e dor abdominal. Tiro de abdômen no dia 10/05/2020. CNS de 7 dias de duração. Sangramento, hemo +, urina +, exames normais.</i>									
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de Mortal.</i>									
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tumor - obstrução intestinal</i>			21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDARIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenção hospitalar</i>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO						
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>23/05/19</i>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - N.º DO BILHETE		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
33 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE			
34 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CSOR			
35 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> INVESTIGANDO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				AUTORIZAÇÃO				RECEBIDO	
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>21111919</i>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				GRUPO SEGURO BBMAPFRE	
MOD. 009									





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



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

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			

RECEBIDO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
PROFISSIONAL SOLICITANTE		
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNPJ/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNP	<input type="checkbox"/> CPF	
GRUPO SEGURADOR		DOMÍNIO
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - COD. ORGÃO EMISSOR	46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNPJ/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNP	<input type="checkbox"/> CPF	





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



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		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO	8 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Mes: <input type="checkbox"/> 1 Fem: <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		DDD	
13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - IUF
		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			
<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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTDE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

RECEBIDO

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
			21/01/2016
41 - DOCUMENTO	42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
() CNS	() CPF		

**GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE**

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
() CNS	() CPF	



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

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

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

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

...
...
...

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

RECEBIDO

21/05/2018

GRUPO SEGUROADOR
BBMAPFRE

7. Condições de alta

- Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado
 Transferido para: _____





**GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES**

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

NOME:

DN:

PRONT. N°:

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

21/05/2016

**GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE**

7. Condições de alta

Cured

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

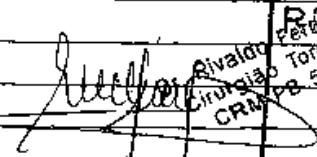
Transferido para: _____



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

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
Jane de Fátima A. de Souza Júnior		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador Dr. Rivaldo	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia O cirurgião	Tipo de Anestesia local	
Diagnóstico Pré-Operatório Hemothorax E - Politraumatizado		
Tipo de Operação Toracotomia cl. Drenagem. Exploração		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo (\pm 200 ml)		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras		
01) Paciente em Decúbito Dorsal		
02) Anestesia e anti-séptico		
03) Infiltrado local c/ xylocaina 2%.		
04) Toracotomia no 7º esp. LAM + Parafase de shene placa n. 28 com sonda de ar e 100 ml sangue.		
05) Fixação d/ vif 20.		
06) Curativo		
		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Rivaldo Fernandes Cirurgião Torácico CRM-PB 5126 / 1.1.1.1.1 </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> RECEBIDO GRUPO SEGURO BRMAPFRE </div>		

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



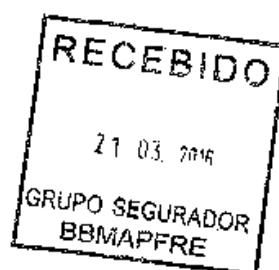


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

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, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		



Assinatura Anestesista



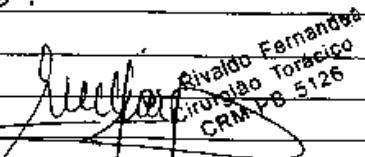
RECEBIDO
21/03/2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

Nome do Paciente	<u>A. de Souza Júnior</u>		Nº Prontuário
Setor de Segurança			
Data da Operação	24/11/15	Enf.	Leito
Operador	<u>Rivaldo</u>		1.º Auxiliar
2.º Auxiliar	<u>RCBR100</u>	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	<u>Regional</u>		Tipo de Anestesia <u>local</u>
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Hemopneumotórax E - Politraumatismo</u>		
Tipo de Operação	<u>Toracostomia de Emergência Fálica</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório	<u>O mesmo (\pm 200 ml)</u>		
Relatório Imediato da Patologia	_____		
Exame Radiológico no Ato	_____		
Acidente Durante a Operação	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras			
01) Paciente em Decúbito Dorsal			
02) Asepse e anti-sépsis			
03) Infiltrado local com xylocaina 2%.			
04) Toracostomia no 7º CEC LAM + Parageia de obeso pesado n. 28 com saída de ar e 200 ml sangue			
05) Fixação da toracostomia 20.			
06) Curativo			
 <u>Rivaldo Fernandes</u> <u>Cirurgião Torácico</u> <u>CRM-PB 5126</u>			
Mod. 018			
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO			





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA-PERNAMBUCO**

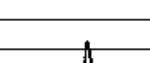


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

三

Data: 25/11/15

Paciente:	<u>Marcos Fábio Alcantara de Sá</u>	Idade:	<u>26 an</u>
Convenção:	<u>GERU - SELEURAPOL</u>	Data:	<u>29/11/15</u>
Procedimento:	<u>L</u>		
Cirurgião:	<u>RECEBDIGO</u>	Auxiliar:	Anestesista:
Início:		Término:	Anestesia: <u>Geral</u>

Observações:	
 Dr. Ana Paula de Oliveira Mestranda em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul CRM - PR 7539	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações



CONTROLE DE ENFERMAGEM

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

NOME: <i>M. de Fátima de Souza</i>		PRONTUÁRIO:		PESO		IDADE:		LEITO:													
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:		BALANÇO enres:																	
DATA: <i>24/05/2015</i>		DATA DA INTERNAÇÃO:		DATA DA CIRURGIA:																	
HORAS	SINAIS VITais						ENTRADA			SAÍDA			VENTILAÇÃO MECÂNICA								
	T	P	PA	FC	FR	GLICER-MIA	DIETA	CRISTA-LOIDE	COLÓIDE	SANGUE	NPP	MEDI-CACÃO	DRENO	DIURESE	EVACUA-CÕES	SNG	PVC	TIPO	P. PRES	F	V. COR
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
BALANÇO PARCIAL																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
BALANÇO PARCIAL																					
23																					
24																					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6	<i>367</i>	<i>105</i>	<i>100</i>	<i>125</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>125</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>	<i>154</i>
BALANÇO TOTAL																					

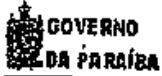
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente	Fatima Alcantara de Souza		Nº Prontuário
BBMAPPRE GLOBO SECRETARIA			1254918
Data da Operação	24/11/15	Enf.	Leito
Operador	Dr. Marcos Deniz	1.º Auxiliar	Milena R.
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Roxo e	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Trauma abdominal profundo.		
Tipo de Operação	LE + Hemostasia de luto hepático e peritoneal + toilete laríngeo		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia	não houve		
Exame Radiológico no Ato	não houve		
Acidente Durante a Operação	não houve		

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 + aspergola
 - 3) Incisão supraumbilical
 - 4) Abertura por planos
 - 5) Invertâculo: Pequena quantidade de sangue líquido na cavidade, pequena luto em lata hipodinâmica (± 3 cm) com sangramento ativo; luto em lago (± 4 cm) com sangramento ativo intensivo. Nao visualizado outros lutos.
 - 6) Realizada hemostasia de luto hepático e peritoneal exploratória c/ elos cativos.
 - 7) Revitalização da hemostasia
 - 8) Toilete laríngeo
 - 9) Contagem de compressas
 - 10) Cessação de fluxo de luto de Blake.
 - 11) Fechamento da cavidade por planos.
 - 12) Fixação de drenos.
- Dr. Milena Nacel
Médico - 021
- RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





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

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 hemoperitôneo.
- 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.

RECEBIDO
21/03/2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE





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



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				2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Maria de Fátima A. de Souza.</i>				6 - N° DO PONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO / N° DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		DDD		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - BEPOGIAO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>TOMOGRAFIA COM CONTRASTE</i>	27 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>231145</i>	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Solicito a yes que encaminhe
sugestão de pequena intervenção hepática, pequena
hemoperitoneo. Caso de aquela e - caso - restringir
RECEBIDO*

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Suelio Moreira Torres</i>	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CPF	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



ESTADO DA PARAÍBA
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: **ENF 07 - I. 01**

HEMOCRISTAL

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

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritróцитos	3.50 milhões/mm³	3,3 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,7 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito	33 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	12.900 /mm³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílicos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	3,0	387
Segmentados	76,0	9.804
Eosinófilos	1,0	129
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	16,0	2.064
Atípicos	0	0
Monocitos	4,0	516
CONTAGEM DE PLAQUETAS	228.000 mm³	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 à 400.000/mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

J. França
 Edilecio Macedo de França
 Biomédicas
 CRBM 4732



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



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. 73

GOVERNO
DA PARAIBA

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 RG: CIRURGICA 7-I
Data: 28-11-2015 16:32 Origem: CLINICA CIRURGICA
Idade: 26 anos Destinat: ENF 07 - I, 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

Recém-nascido: 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: Uréia, Depuração
de Creatinina
* Sumário de
urine.
NOTA: o uso de medicamentos contendo
dipirona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIEMER

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM 15793

RECEBIDO

21/12/2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



GOVERNO
DA PARAIBA

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 Origen: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 26 anos Destino: ENF 07 - L 01

CLORO

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

113 mmol/l

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

EXAME RELACIONADO: Ionograma, Gasometria, Na, K.

143 mmol/l

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

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

POTASSIO

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

3.8 mmol/l

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

Ana Cláudia Barros
Bisnáutica
CRB/N 5793

RECEBIDO

21 de maio

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



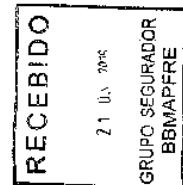
PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

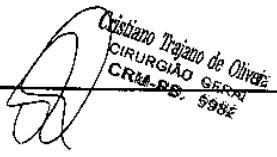


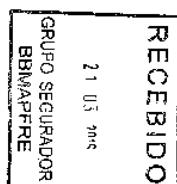
GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISIÇÃO DE EXAMES					
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	
	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS: Politraumatismo (múltiplas fraturas ósseas)									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:									
URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	 DR. Pedro Luiz GOMES DE OLIVEIRA CRM-PB: 1383 CRF-PB: 1383					
DATA:	17/05/2015	HORA DA SOLICITAÇÃO:	17/05/2015						
Carimbo e Assinatura do Médico									
RECEBIDO		MOD. 002							
GRUPO SEGUROADOR BEMAPFRE		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							

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISIÇÃO DE EXAMES						
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF.:	LEITO:	PRONTUÁRIO: 613		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>								
DADOS CLÍNICOS: Pele traum.										
MATERIAL A EXAMINAR:										
EXAMES SOLICITADOS: Rx braco (C) AP/punk ombro □										
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Celso Trajano de Oliveira CRM-PB, 5982								
DATA: 24/11/2013	HORA DA SOLICITAÇÃO: 01:30	Carimbo e Assinatura do Médico								

MOD. 002



GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME:		Morris de Fatima A. de Góis				PRONTUÁRIO:			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF.:	LEITO:		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A							
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"/>	 Cristiano Trajano de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRM-PB: 5984							
DATA: <u>23/11/15</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:								
MOD. 002									
Carimbo e Assinatura do Médico									



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	
	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:									
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	Diego Soárez Moreira Araújo Médico Residente - Cirurgia Geral CPA-PB 8956					
DATA:	SD. 002	HORA DA SOLICITAÇÃO:			Carimbo e Assinatura do Médico				

RECEBIDO
21/03/2020
GRUPO SEGURO BBMAPFRE



GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:		Maria de Fátima A. da Souto				PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	
DADOS CLÍNICOS: <i>Pelotranme</i>							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS: - Raio-X de Cervical AP, diago, Perfil - Raio-X de Tórax AP - Raio-X de Bacia AP							
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<i>Raio-X de Cervical e Tórax AP</i> <i>Raio-X de Bacia AP</i>					
DATA: 23/11/15	HORA DA SOLICITAÇÃO: 21:00	<i>Carimbo e Assinatura do Médico</i>					
MOD. 002							





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M^a DE FATIMA A DE SOUTO JUJINGO Registro: Leito: 7 - 1 Setor Atual C GERAL

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37,6 °C; P: 60 bpm; FR: 220 lpm; PA: 100x80 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: Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: CONÍCEN + TRAMPO

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

GRUPO SEGUROADO:

BEMAPRE



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input checked="" type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: DOLITO + AULMA / TRAUMA DE BLOQUEIO Curativo em: 01 / 12 / 2015	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AValiação das NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: CATÓLICA <input type="checkbox"/> Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 01 / 12 / 15 HORA: 09:40 h	

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





**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Maria de Fátima de Sáto	Enfermaria: 07	Leito: 21	Data: 12/15
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		CARACTERÍSTICAS DEFINidorAs
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Abdome distendido ()	Dor evacuação () Outro ()
	Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Anorexia ()	Dor abdominal () 5
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Cavidade bucal ferida ()	Diarréa () Outro ()
	Fatores psicológicos () Outro ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro ()	
	Ansiedade ()	Incapacidade de lavar o corpo ()	
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()
	Outros ()	Relato verbal de dor ()	
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	
	Aumento da taxa metabólica ()	Taquicardia ()	Taquipneia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada ()	Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()
	Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidiz articular	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço () Outro
	Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Movimentos descontrolados ()	
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispneia ()	
		Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréa ()		
	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 ()	Medicações ()	
	Extremos da Idade () Agitação/Desorientação ()		
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro ()
	Ruído () Imobilização física ()	Relatos de dificuldade para dormir ()	
13 'Outro			
14 Outro			



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemias capilar, anotar e medicar CPM.		
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Melhora a aceitação alimentar.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Manutenção da glicemia estável.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	X T N	(X) Melhora da integridade da pele.
(X) Analisar condições do curativo.	X T N	(X) Diminuição do risco de lesão.
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	X T N	
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores da SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	X T N	
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração; sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	X T N	(X) Diminuir o risco de infecção.
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		() Diminuir o risco de queda.
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		() Melhora do padrão do sono.
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros
Renato Clemente dos Santos Enfermeira COREN 278.817		

do Enfermeiro(a): _____
do Técnico de Enfermagem: _____

FONTE: NIC 2010 GRAVES, L.; RULAND, A. 2013





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:				
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1 Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
	Habitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()				Anorexia ()	Dor abdominal ()	-
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
	Fatores psicológicos ()	Outro ()				Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
	Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
	Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5 Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
	Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
	Prejuízos músculo esquelético () Desuso ()			Outro ()	Movimentos descontrolados ()		
8 Padrão respiratório Ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
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 ()		Medicações ()				
	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
	Ruido ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13 Outro							
14 Outro							



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(<input type="checkbox"/>) Avaliar distensão abdominal.		(<input type="checkbox"/>) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
(<input type="checkbox"/>) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		(<input type="checkbox"/>) Melhora a aceitação alimentar.
(<input type="checkbox"/>) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		(<input type="checkbox"/>) Manutenção da glicemia estável.
(<input checked="" type="checkbox"/>) Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		(<input type="checkbox"/>) Auxílio diário às necessidades de higiene.
(<input type="checkbox"/>) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		(<input type="checkbox"/>) Controle da dor (melhorada / ausente).
(<input type="checkbox"/>) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
(<input type="checkbox"/>) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
(<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"/>) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(<input type="checkbox"/>) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		(<input checked="" type="checkbox"/>) Melhora da integridade da pele.
(<input type="checkbox"/>) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		(<input checked="" type="checkbox"/>) Diminuição do risco de lesão.
(<input type="checkbox"/>) Avaliar características, intensidade e local da dor.		(<input type="checkbox"/>) Mobilidade física melhorada/eficaz.
(<input type="checkbox"/>) Avaliar alterações de sinais vitais.		(<input type="checkbox"/>) Melhora da perfusão tissular.
(<input type="checkbox"/>) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		(<input type="checkbox"/>) Padrão respiratório eficaz.
(<input type="checkbox"/>) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
(<input type="checkbox"/>) Incentivar a ingestão de líquidos.		
(<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.	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Analisar condições do curativo.	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Orientar e estimular a hidratação da pele.	M T N	
(<input type="checkbox"/>) Orientar e estimular a movimentação no leito.		(<input type="checkbox"/>) Diminuir o risco de infecção.
(<input type="checkbox"/>) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		(<input type="checkbox"/>) Diminuir o risco de queda.
(<input type="checkbox"/>) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		(<input type="checkbox"/>) Melhora do padrão do sono.
(<input type="checkbox"/>) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		(<input type="checkbox"/>) Outros
(<input checked="" type="checkbox"/>) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Realizar balanço hídrico.	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar o local da ferida/quimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	S I N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	M T N	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	M T N	
(<input type="checkbox"/>) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
(<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"/>) Administrar medicação CPM.		
(<input type="checkbox"/>) Outros		
(<input type="checkbox"/>) Outros		
Emanuelle Nattacya da C. Silva ENFERMEIRA COREN-PB 460003		
do Enfermeiro(a):		

Paciente:	Enfermaria:	Leitor:	Data:						
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Muçosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()		Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()						Incapacidade de lavar o corpo ()	
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()					Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()						Relato verbal de dor ()	
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()						Taquicardia ()	Taquipneia ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()				Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()				Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular			Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()				Movimentos descontrolados ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedadade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()		Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()
								Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
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 ()		Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Problema de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()					Relatos de dificuldade para dormir ()	
13	Outro								
		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 mediar CPM.		
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar 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"/> 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.	cx.	
<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 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"/> Manta 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 do volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/quemadura 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.	cx.	
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	cx.	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input 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 da mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<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 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):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC 2010 CHAVEIS, D. SHILAY, C. A. 2007. 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

Num. 31105022 - Pág. 88



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

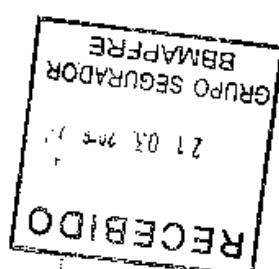
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M.º de Fátima | Registro: | Leito: 7-3 | Setor Atual: C. Genol

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Tencor | 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: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: HSE Data da punção <u>1-1</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input checked="" type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gástronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: <u>1-1</u>	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuidos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há <u>5</u> dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito <u>ml/h</u> : Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>1-1</u>	
Dreno: (<input checked="" type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: toracico Débito: _____ Retirado em: <u>1-1</u>	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1-1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emanuelle Nattacya da C. Silva ENFERMEIRA COREN-PB 460003	
DATA: <u>30/11/15</u> HORA: <u>10:40h</u>	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

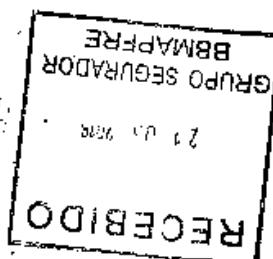
1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: M. C. FÁTIMA | Registro: | Leito: | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL:

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () 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; () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () Quantidade e aspecto:

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

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: ~~líquido esbranquiçado~~ ~~espumoso~~

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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica	
Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: / /	
Drano: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES SOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input checked="" type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
BEM PRECISO DE SUCESSO ALIVIANDO MÉDIA DIA (QUANTIDADE DE SECAS)	
CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO: 	
DATA: 25/11/15 HORA: 09 - h	

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



GOVERNO DA PARAÍBA		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		UF: 25	
PACIENTE:		Estado: PARAÍBA	
NOME: MARIA DE FATIMA ALCANTARA DE SOUTO JUVINO		Sexo: FEMININO Idade: 26,3	
Profissão: AGRICULTORA/9333-4241 SI		Documento: 200057727240008 SUS	
Endereço: CAMPINA GRANDE		Bairro: ZONA RURAL	
Município: JUAZEIRINHO		Estado: CEP: 251275	
Data Atendimento: 28/11/2015 20:22h		Código do Município:	
RAÇA/COR: NASCIMENTO: 22/08/1989 QUEIXAS: COLISÃO			
() 1 - BRANCA		() 2 - PRETA	
() 4 - AMARELA		() 5 - INDÍGENA	
() 99 - SEM INFORMAÇÃO			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:			
<p><i>Urticaria de alguma duração com múltiplas contusões queimando dor em braço e abdômen</i></p> <p><i>ECG - 10 Pupilas normais AC Normais</i></p> <p><i>FC FR PA AC normais</i></p>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE		TIPO	
RESULTADOS	TOMOGRAFIA / ULTRASSONOGRAFIA		
	23/11/15		
RECEBIDO: 23/11/15			
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS			
1.	500 2000 mg	GR	R
2.	Gantos visuais	ESTOC	C
3.	Fenoxepam 50mg	ESTOC	C
4.	Iodoetanol 500ml	ESTOC	B
5.		ESTOC	B
DIAGNÓSTICO / CID: Polietroumo			





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maria de Fátima Alencar da	Bairro:	Zona rural
End:	Silva ilha Grande	Documento de Identificação:	Juazeirinho PR
Data de Nascimento:	22-08-89	Data do Atend.:	23/11/15 Hora: 20:26 Documento:
Queixa:	Coladas		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

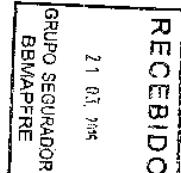
Estratificação

MOD. 110

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

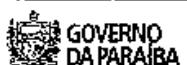
Estado de SAÚDE
Estratégia
GОСЕРІІ РВ 310.2.13

Assinatura e carimbo do profissional



RECEBIDO





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

Bla línage

REQUISIÇÃO DE EXAMINAR

NO ME:	M	H	R	I	A	D	E	P	A	I	M	A	A	C	-	PRONTUÁRIO
CLASSE:	<i>Mrs</i>													44		
IDADE:	SEXO	COR:			PESO:			ALTURA:			CLÍNICA:	ENF.:	LEITI			
	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> X	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										2	1			

DADOS CLÍNICOS:

Centro fisiológico

RECEBIDO

MATERIAL A EXAMINAR:

21/03/2016

GRUPO SEGURADOR:

BBMAPFRE

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Tórax PA

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<i>Dr. Rivaldo Fernandes Intendente Torácico CRM-PB 5126</i> <i>Carlrimbo e Assinatura do Médico</i>
DATA: <i>30/11/15</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MCD. 002





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

Primerogicas
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:

Politremo

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rato x de tornox AP

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Diego Solano Menezes Médico Residente Cirurgia Geral CRM-PB 3056
DATA: 25/11/2018	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Nome: Mag. de Tatiana Alcantara de Souza
Setor: Cirurgia

Leito: 7-1

Leito: 7-1

Data

24/11/15

Atendente pós-cirurgia. Paciente demora trato e ansiedade por informação de seu familiar, também estavam no incidente de casa de qual foi vítima. Segundo a irmã, m- da Dona, a paciente não sabe do óbito do filho (Ronal) e desig-
so.

Viniana Christine Alves
Patologista
CRP: 13/4227

RECEBIDO

21/03/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

RECEBIDO

21 03 2013

**GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE**





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Nome: MARIA DE JÁTINA PALOMINO

Setor: DAVIDES/EP

- Leito: 7/1





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: VENÉDE NASUMARO 29 | Registro: | Leito: | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 269 °C; P: 69 bpm; FR: 30 ipm; PA: 110/80 mmHg; FC: 100 bpm; SPO2: 98%
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs: Colicistite fulminante

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) 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:

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

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

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

RECEBIDO

Selo d'água:

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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

GRUPO SEGURADOR

SEGURANÇA FÍSICA

BBMAPFRE

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida)	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/> <= 3 segundos) (<input type="checkbox"/> > 3 segundos) (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: _____	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) IVO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT. Hora: _____ Data: _____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input checked="" type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input checked="" type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: <u>PCW</u> <u>lateral</u> Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
DATA: <u>29/11/15</u> HORA: _____ h	
Alcides Moreira Suelio Torres 2005291127072050000029853629	

FONTE: BORDINHÃO, 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 Maria de Fátima Alcântara
de Souto

foi atendido(as) hoje, às manhã _____
horas, necessitando de 01 (um)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande, 02/12/15


Dr. Suelio Moreira Torres
Médico
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CRM-PB #2232

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD. 004



2º Cartório de Notas
Av. Floriano Peixoto, 4700 - Centro - Campina Grande - PB
CEP 58432-809 - Fone/Fax: (83) 3221-9559 - 3669-3511

AUTENTICAÇÃO DE COPIA
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Campina Grande/PB-18/02/2016
Selo Digital:ACW92016-83AA
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Célia Maria Barbosa
2º Tab. Substituta

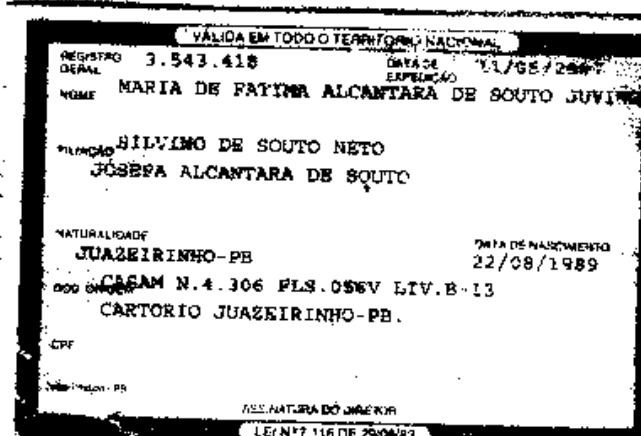
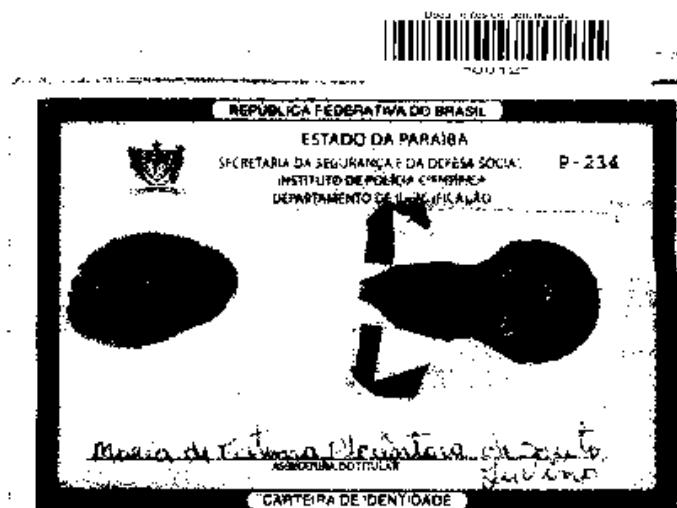
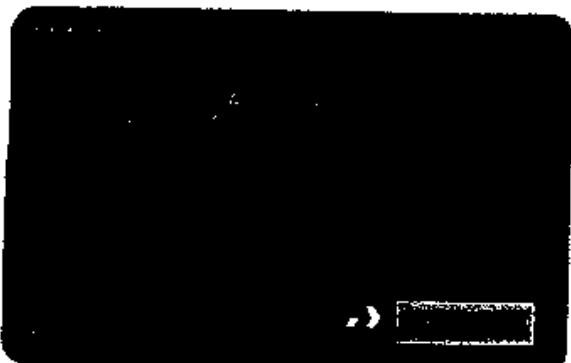


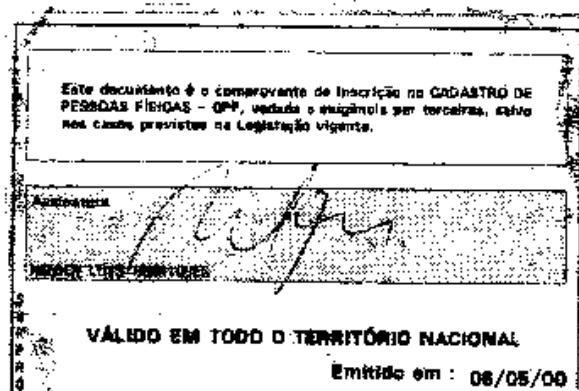
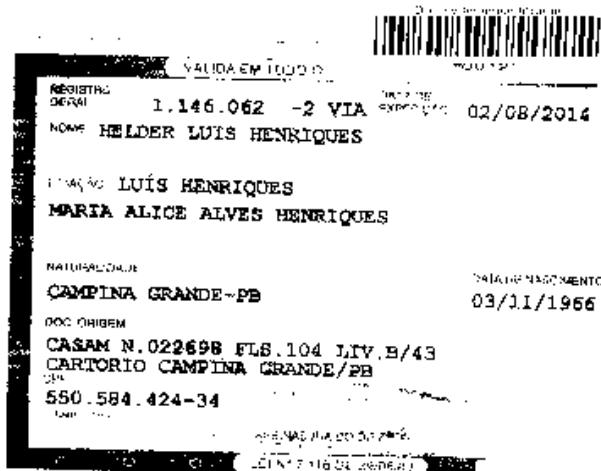
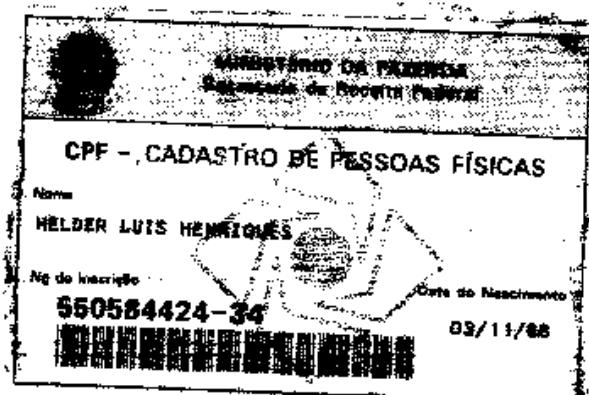
RECEBIDO

21/03/2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 012036016407	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	776124536	2015-2016***	2015
MARIA IRENE DA SILVE MENDONCA			
CONCEITO - PE		CPF/CNPJ	
213.328.754-91		PLACA	
MM26592 / 76		MM26592	
PLACA ANT. (UF)		CHASSIS	
MM26592 / 76		9BD150224351311	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PES / AUTOMÓVEL		GÁSOLINA	
MARCAS / MODELO		FIAT/UNO MILLE FIRE	
CAR/POT/CIL		CATEGORIA	
5P/33CV		PARTIC	
COTA UNICA		VENC. COTACAO	
I:	IPVA 2016 QUITADO	P:	*****
V:	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A:	1	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOP (R\$)	
SEGURU PAGO		PRÉMIO TÉTAL (R\$)	
DESCRIÇÃO		DATA DE PAGAMENTO	
ALL. FID. ACEI AYMORÉ CRED FIN INV			
CONCEITO		DATA	
Charles Andrade Souza Simões		02/05/15	
Diretor Presidente DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEHICULOS DE TRANSPORTE

PE Nº 012036016407 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA IRENE DA SILVA MENDONCA

55940-01

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 **DATA EMISSÃO**

2015 **02/05/15**

VIA **CPF / CNPJ** **PLACA**

1 **213.328.754-91** **MM26592**

RENAVAM **MARCA / MODELO**

776124536 **FIAT/UNO MILLE FIRE**

ANO FAR. **CHASSIS**

2002 **9BD150224351311**

PRÉMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$) **DETAN/RSI** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IOP (R\$)** **TOTAL NECESSÁRIO (R\$)**

SEGURU PAGO

PAGAMENTO **DATA DE CÚPAGAO**

COTA UNICA **PARCELADO**

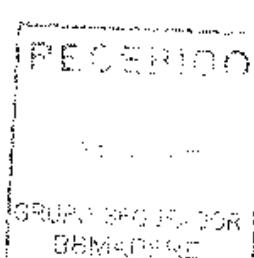
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESENHE E GUARDE O BILHETE DPVAT

EM NAO E DE PORTO OBRIGATÓRIO




CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE


ASL-0830279/16

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

Tipo de Processo	Atendente
Processo Novo Documentos Complementares	ADRIANA LACERDA NOGUEIRA
Tipo de Sinistro	Agência
	SUCURSAL CAMPINA GRANDE
Nome do Requerente	Nome do Requerente
A MESMA	MARIA DE FATIMA A DE S JUVINO
CPF do Requerente	CPF do Requerente
01589312465	
Documentos Complementares	
Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
CPF da Vítima	CPF do Beneficiário ou no caso de seus Rep Legais
DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus	Proc Ori e Espécifica p/ recto. do Seguro DPVAT
Boletim de Ocorrência Policial	Comprovante de Residência do Requerente
Identidade / CPF do Procurador	Comprovante de Residência do Procurador
Morte	Inválidez Permanente
Certidão de Óbito (Cópia autenticada)	Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada
Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)	Outros Documentos Entregues e Observações DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)	
Autorização de Pagamento	
Prova de Companheirismo junto ao INSS	
Declaração de Dependentes na Rec.Fed.	
Prova de Dependência na CTPS	
Certidão de Nascimento ou Casamento	
Declaração de Únicos Herdeiros	
Certidão de Nascimento	
Certidão de Óbito dos Genitores	
Alvará Judicial	
	DAMS
	Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
	Relatório Médico
	Comprovantes 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

MAPFRE SEGUROS
 ANS - Campina Grande
 Data: 10/03/16
 Hora: 10:55
[Assinatura]

0098970

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

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Beneficiário ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus
- Proc Ori e Espécifica 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=0...1003/2016>

RECEBIDO
21-03-2016
GRUPO SEGUADOR
BEMAPFRE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO GERAL	1.904.589	DATA DE EXPEDIÇÃO
NAME	23/09/2015	
<< MARIA IRENE DA SILVA MENDONÇA >>		
FILACAO	<< GERÔNCIO DE ALBUQUERQUE MENDONÇA >>	
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
CUNDADO - PE	14/05/1944	
DOC ORIGEM	<< CC.379 L.810.F.256 A.257 CART.	
CUNDAIDO-PE 05.10.2001	05.10.2001	
CPF	213.325.754-91	
Assinatura: Maria Irene da Silva Mendonça		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/93		
411851682411081944.6589269		
F-68 723-MA-A802		
CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO Titular: LETICIA ANDRADE DE ALMEIDA Telefone: (81) 3642-1026		
CÓPIA AUTENTICA CONFORME O ORIGINAL DOU FÉ. Condado, 19/02/2016 Em testemunha da verdade Pollyana Maria Andrade Oliveira da Menezes - Substituta		
Selos: 0077636.RVM07201501.08993 19/02/2016 08:51:40 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/saldigital		
CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO Titular: LETICIA ANDRADE DE ALMEIDA Telefone: (81) 3642-1026		
CÓPIA AUTENTICA CONFORME O ORIGINAL DOU FÉ. Condado, 19/02/2016 Em testemunha da verdade Pollyana Maria Andrade Oliveira da Menezes - Substituta		
Selos: 0077636.ITQ07201501.08994 19/02/2016 08:52:25 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/saldigital		





Tarifa Social de Energia Elétrica. Criado em 10/07/2013 às 20:30:12

Centrais Elétricas Brasileiras S.A.
Av. Júlio de Barros, 112 - 69010-302 - Goiânia - GO
CNPJ 02.335.526/0001-03 | Fone: 61.3235-8111 | www.celpe-go.br

JOELMA MARIA MENDONÇA DE LIMA

AVOID DE SETEMBRO 07/02/2016

CPF: 713 200 914-15 RG: 10287856982

CENTRO/CONDADO
CONDADO PE
55900-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA FAZENDA COMUNIS
Monteiro

7005462341 02/2016

PTDA HABITACIAL | SÍCONE | 002428832 | ÚNICA | 16/02/2016

DATA PAGAMENTO: 25/02/2016 | DATA VENCIMENTO: 16/03/2016

ABRIL/2016 | 17.000 kWh | 07.000 kWh | 07.000 kWh

ESTIMATIVA: 34,88

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Até 30 kWh	30.000,0000	0,14800723	4,44
Consumo Até superior a 30 até 100 kWh	70.000,0000	0,25168971	17,81
Consumo Acima superior a 100 até 220 kWh	11.000,0000	0,37750455	4,15
Acréscimo Básico VERDELHA			2,37
Contribuição Iluminação Pública			0,36

TOTAL DA FATURA:

34,88

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA DE CRIAÇÃO	DATA DE ÚLTIMA ALTERAÇÃO	DATA DE CRIAÇÃO	DATA DE ÚLTIMA ALTERAÇÃO	TIPO DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
REV10 119						1.0000	0,00	119,00

Métricos kwh

REV10 119	DATA DE CRIAÇÃO	DATA DE CÁLCULO	VALOR DO HORÁRIO	DESCRIPÇÃO DE HORÁRIO						
JAN15 102	10/02/2015	28/02	1,26	0,36	0,29	0,36	0,29	0,36	0,29	0,36
FEB15 136	01/03/2015	01/03	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
MAR15 104	08/03/2015	07/03	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
ABR15 107	15/04/2015	06/04	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
MAY15 110	22/05/2015	07/05	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
JUN15 108	29/06/2015	07/06	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
JUL15 111	06/07/2015	07/07	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
AGO15 109	13/08/2015	07/08	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
SET15 117	20/09/2015	07/09	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
OUT15 108	27/10/2015	07/10	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
NOV15 123	03/11/2015	07/11	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
DEZ15 144	10/12/2015	07/12	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
MAR16 124	17/03/2016	07/03	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34
ABR16 134	24/04/2016	07/04	1,24	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34	0,29	0,34

REF: 41DB.EQ1FPZTCB4E9100F18AC 89719

Este documento é válido para fins de cobrança e não pode ser usado para fins de comprovação de consumo. Ele deve ser apresentado ao atendente da Celpe ou à sua concessionária para que seja feita a verificação do consumo. O uso de documentos falsos é crime. Caso seja constatado que o documento é falso, o consumidor poderá ser multado no valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais). O uso de documentos falsos também pode resultar na suspensão temporária da conta de energia elétrica. O uso de documentos falsos também pode resultar na suspensão temporária da conta de energia elétrica.

Muito obrigado por sua atenção. Estamos sempre à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas. Caso tenha alguma dúvida, entre em contato conosco, ou se preferir, entre em contato com a sua concessionária local. Atenciosamente,



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
FICULAR: AUTENTICA ANDRADE DE ARAUJO
Tel.: (61) 3842-5016

CÓPIA AUTÉNTICA CORRESPONDE O DOCUMENTO. EOU PE. Condado, vendeu de Andrade Oliveira de Bodopiano - São Luís - Maranhão - Sua Excia. Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Estado do Maranhão

Selo: 0071635_EKPO7201501-08950219/02/2016 08:50:29
Consulte este documento em www.tjpb.jus.br ou <http://www.tjpb.jus.br/seccidigital>

CONDICIONADOR	VALOR								
1.0	2,00	5,00	11,26	22,00	220	100	202	237	237
1.0	1,00	2,40	0,88	1,70					
1.0	2,00	3,20	0,00	0,00					
Cond.000	1,27	9,60	1,00	1,00	100	100	100	100	100

RECEBIDO

21-1-2012

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291127072050000029853629>
Número do documento: 2005291127072050000029853629

Num. 31105022 - Pág. 107

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 %

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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291127072050000029853629>
Número do documento: 2005291127072050000029853629

Num. 31105022 - Pág. 108

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 VÍTIMA REFERE DOR NOS LOCAIS DE TRAUMA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO OMBRO DIREITO. NÃO
médico pericial: 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 ARCS COSTAIS À ESQUERDA. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NOS LOCAIS DE TRAUMA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO OMBRO DIREITO. NÃO HA 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 ARCS 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