

## *Procuração para o Foro em Geral*

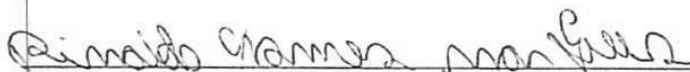
**Outorgante(s):** RINALDO GOMES MARQUES, brasileiro, casado, Motorista, RG n.º 1.689.302-SSP/PB, CPF n.º 016.843.627-25, residente e domiciliado Rua Joaquim Fausto de Oliveira, s/n, Bairro Cazuzinha II, CEP: 58.380-000, Ingá/PB.

**Outorgado(s):** Bel. WELIGTON ALVES DE ANDRADE, brasileiro, casado, Advogado, OAB-PB n.º 8808, com escritório profissional na Rua Monteiro Lobato, n.º 532, CEP: 58.401-417, Bairro do Alto Branco, Fone: (83) 3342-3864, Celulares: 9 9971-2919 - 9 8690-5535 e endereço eletrônico: [wweligtonalves@gmail.com](mailto:wweligtonalves@gmail.com), Campina Grande – PB.

**Poderes:** Amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, nos termos do artigo 105, inclusive parte final do Código de Processo Civil, podendo para tanto confessar, transigir, desistir, receber créditos, dar quitação, firmar compromissos de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário, em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando-o(s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, assinar declaração de hipossuficiência econômica, bem como substabelecer com ou sem reserva e com o fim especial de: **Interpor/Acompanhar Ação Judicial.**

Campina Grande/PB, 16 de Dezembro de 2019.

OUTORGANTE(S):



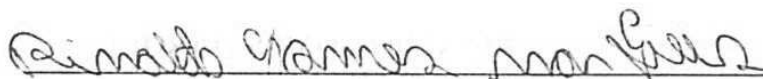


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**RINALDO GOMES MARQUES**, brasileiro, casado, Motorista, RG n.º 1.689.302-SSP/PB, CPF n.º 016.843.627-25, residente e domiciliado Rua Joaquim Fausto de Oliveira, s/n, Bairro Cazuzinha II, CEP: 58.380-000, Ingá/PB, nos precisos termos dos Arts. 98 e Seguintes da Lei 13.105/2015 (NCPC), Art. 1º da Lei n.º 7.115/83 e art. 4.º da Lei 1.060/50, **DECLARA**, para o fim de obtenção do **BENEFÍCIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA**, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes ao presente Processo, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, de modo que necessita da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, requerendo, ainda, que o referido Benefício abranja a todos os atos do Processo.

Declara ainda, que é conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte verdade.

Campina Grande - PB, 16 de Dezembro de 2019.



**RINALDO GOMES MARQUES**  
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME  
RINALDO GOMES MARQUES

RG / CONTRATO / OUTRO DOCUMENTO DE  
1689302 SSP PS

CPF  
016.843.627-25 DATA NASCIMENTO  
20/07/1973

PERCEÇÃO  
SEVERINO MARQUES DA  
SILVA  
RISOMAR GOMES DA SILVA

RECURSOS  
ACB COTRIN  
AC

Nº FOTOGRAFIA  
A2542612904

EXPIRAÇÃO  
26/11/2019

1ª EMISSÃO  
21/08/1987

VALIDADE EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
971677475

ASSINATURA DO TITULAR  
Rinaldo Gomes Marques

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
27/11/2014

ASSINATURA DO EMISOR  
Rodrigo Carneiro

02476010281  
99029531500

DETRAN - PB (PARAÍBA)

PRECISO PLASTIFICAR  
971877475





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA:  
**FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939**

DATA/HORA:  
**01/03/2017 11:45**

**Na Rodovia**

MUNICÍPIO/UF:  
**CAMPINA GRANDE/PB**

BR: **230** KM: **132.0** SENTIDO: **Decrescente**

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA: **Pleno dia** CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: **Chuva**

TIPO DE VIA: **Principal** TIPO DE PISTA: **Dupla** CONDIÇÃO DE PISTA: **Molhada**

TIPO DE PAVIMENTO: **Asfalto** ESTRUTURA VIÁRIA: **Curva**

LOCALIDADE URBANIZADA: **Não** EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: **Sim** EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: **Sim**

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



Sem Imagem

DANO AO PATRIMÔNIO PÚBLICO:

**Placa vertical de marco kilométrico (KM 132)**

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

**Corpo de bombeiros**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

**Compareceu ao local uma viatura do Corpo de bombeiros.**

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

**SAMU**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

**Compareceram ao local duas viaturas do samu.**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

**Acidente ocorrido devido a presença de curiosos no local devido a ocorrência de um primeiro acidente,**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E8886D353F7B0858

Página 1 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

ocasionando a parada de veículos sobre a via e consequentemente o acontecimento de mais um acidente.  
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



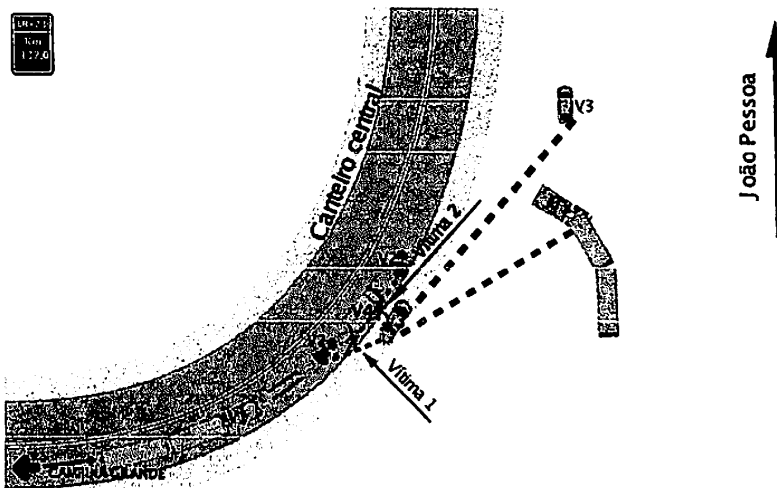
Sem Imagem

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

| Ordem | Tipo de Evento               | Veículos Envolvidos |
|-------|------------------------------|---------------------|
| 1     | Colisão traseira             | V1   V2             |
| 2     | Queda de ocupante de veículo | V2                  |
| 3     | Colisão traseira             | V3   V1             |
| 4     | Saída de Pista               | V3   V1             |

**Croqui**



**Amarração - Não realizada**

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA:** 11/03/2017 19:08

**NÚMERO DE CONTROLE:** 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 2 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**Narrativa**

Segundo observações do local do acidente e relato do Sr. Joel Rodrigues da Silva, condutor de V4, Ford Cargo 815E, placas MXT7706, este vinha trafegando pela BR 230, sentido decrescente, quando, na altura do km 132 avistou uma aglomeração de pedestres em cima da pista de rolamento (mais tarde constatou tratar-se de curiosos que pararam irregularmente na rodovia para olhar um acidente que havia acontecido momentos antes). Para evitar atropelar os pedestres que invadiram totalmente a pista (havia um grande fluxo de veículos no sentido crescente devido ao retorno do feriado de carnaval), ele foi obrigado a parar o veículo sobre a pista. No acostamento, encontrava-se um veículo estacionado, V3, Fiat Uno Mille Fire Flex, placas KGH8098, que parara para socorrer a vítima do primeiro acidente. Na retaguarda de V4 (Ford Cargo) parou uma motocicleta, V2, Honda CG 150 Titan KS, placa NPW2416. Em seguida, V1, Volvo FH 400, MOW9656 e seus semirreboques KIS4194 e KIS4214, vieram trafegando pela rodovia com velocidade incompatível para a via, as condições climáticas e o tamanho do veículo e, não conseguindo parar, colidiram com V2 (moto), derrubando os ocupantes e ferindo-os gravemente, em seguida, desviaram para o acostamento e colidiram com V3 (Fiat Uno), jogando-o para fora da pista em um barranco, onde também caíram.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 3 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

|                                     |                                |                                                                                   |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SEQUENCIAL:<br><b>V1</b>            | PLACA:<br><b>MOW9656</b>       | MARCA/MODELO:<br><b>VOLVO/FH 400 6X2T</b>                                         | ANO FABRICAÇÃO:<br><b>2008</b> |
| SITUAÇÃO:<br><b>Tracionador</b>     |                                | TIPO DE VEICULO:<br><b>Caminhão-trator</b>                                        |                                |
| CHASSI:<br><b>9BVASG0C98E744108</b> | RENAVAM:<br><b>00983249830</b> | PAIS:<br><b>BRASIL</b>                                                            |                                |
| ESPECIE:<br><b>Trção</b>            | CATEGORIA:<br><b>Aluguel</b>   | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br><b>Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento</b> |                                |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**O cronotacógrafo estava sem disco. Al nº T104869348**

|                                                   |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br><b>JEFFERSON POLETTI</b> | CPF/CNPJ:<br><b>962.369.570-53</b> |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados de Endereço**

|                                                   |                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------|
| LOGRADOURO:<br><b>AV ASSIS CHATEAUBRIAND 2282</b> | NÚMERO:<br><b>02282</b> |
| COMPLEMENTO:                                      | BAIRRO:                 |

MUNICÍPIO/UF:  
**CAMPINA GRANDE/PB**

|           |        |
|-----------|--------|
| TELEFONE: | EMAIL: |
|-----------|--------|

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**Cronotacógrafo**

|                                                      |                                             |                                    |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| OBRIGATÓRIO PARA ESSE VEÍCULO:<br><b>Sim</b>         | EXISTE:<br><b>Sim</b>                       | ATENDE À LEGISLAÇÃO:<br><b>Não</b> |
| TEMPOS DE PARADA ATENDEM À LEGISLAÇÃO:<br><b>Não</b> | DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO:<br><b>Não</b> |                                    |

**IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:**



Sem Imagem

**IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:**



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar](http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0658

Página 4 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68ED5E88866D353F7B0858

Página 5 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

|                              |                         |                                                                            |                         |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V1            | PLACA:<br>KIS4214       | MARCA/MODELO:<br>SR/RANDON SR CA                                           | ANO FABRICAÇÃO:<br>2001 |
| SITUAÇÃO:<br>Rebocado        |                         | TIPO DE VEÍCULO:<br>Semi-reboque                                           |                         |
| CHASSI:<br>9ADG071211M162851 | RENAVAM:<br>00755848837 | PAÍS:<br>BRASIL                                                            |                         |
| ESPECIE:<br>Carga            | CATEGORIA:<br>Aluguel   | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento |                         |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

NOME DO PROPRIETÁRIO:  
HESBELO RIBEIRO DE FARIAS

CPF/CNPJ:  
160.164.324-15

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:  
RUA JOSE SOARES DE SANTANA 254

NUMERO:  
00254

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:  
CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:

EMAIL:

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Veículo sem carga.

**IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:**



Sem Imagem

**IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:**



Sem Imagem

**IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**



Sem Imagem

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA:** 11/03/2017 19:08 **NÚMERO DE CONTROLE:** 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 6 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

| VEÍCULOS                                                                                                 |                                |                                                                                                           |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SEQUENCIAL:<br><b>V1</b>                                                                                 | PLACA:<br><b>KIS4194</b>       | MARCA/MODELO:<br><b>SR/RANDON SR CA</b>                                                                   | ANO FABRICAÇÃO:<br><b>2001</b> |
| SITUAÇÃO:<br><b>Rebocado</b>                                                                             |                                | TIPO DE VEÍCULO:<br><b>Semi-reboque</b>                                                                   |                                |
| CHASSI:<br><b>9ADG071211M162850</b>                                                                      | RENAVAM:<br><b>00757424937</b> | PAIS:<br><b>BRASIL</b>                                                                                    |                                |
| ESPECIE:<br><b>Carga</b>                                                                                 | CATEGORIA:<br><b>Aluguel</b>   | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br><b>Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento</b>                         |                                |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:                                                                              |                                |                                                                                                           |                                |
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br><b>HESBELO RIBEIRO DE FARIAS</b>                                                |                                | CPF/CNPJ:<br><b>160.164.324-15</b>                                                                        |                                |
| <b>Dados de Endereço</b>                                                                                 |                                |                                                                                                           |                                |
| LOGRADOURO:<br><b>RUA JOSE SOARES DE SANTANA 254</b>                                                     |                                |                                                                                                           | NUMERO:<br><b>00254</b>        |
| COMPLEMENTO:                                                                                             |                                |                                                                                                           | BAIRRO:                        |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>CAMPINA GRANDE/PB</b>                                                                |                                |                                                                                                           |                                |
| TELEFONE:                                                                                                |                                | EMAIL:                                                                                                    |                                |
| <b>Dados da Carga</b>                                                                                    |                                |                                                                                                           |                                |
| DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:<br><b>Veículo sem carga</b>                                      |                                |                                                                                                           |                                |
| IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:                                                                              |                                | IMAGEM DE CRONOTACOGRAFO:                                                                                 |                                |
| <br><b>Sem Imagem</b> |                                | <br><b>Sem Imagem</b> |                                |
| IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:                                                                    |                                |                                                                                                           |                                |
| <br><b>Sem Imagem</b> |                                |                                                                                                           |                                |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED5E88866D353F7B0858

Página 7 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

|                                     |                                 |                                                                                    |                                |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SEQUENCIAL:<br><b>V2</b>            | PLACA:<br><b>NPW2416</b>        | MARCA/MODELO:<br><b>HONDA/CG150 TITAN MIX KS</b>                                   | ANO FABRICAÇÃO:<br><b>2009</b> |
| SITUAÇÃO:<br><b>Tracionador</b>     |                                 | TIPO DE VEÍCULO:<br><b>Motocicleta</b>                                             |                                |
| CHASSI:<br><b>9C2KC16109R027163</b> | RENAVAM:<br><b>00152735380</b>  | PAÍS:<br><b>BRASIL</b>                                                             |                                |
| ESPÉCIE:<br><b>Passageiro</b>       | CATEGORIA:<br><b>Particular</b> | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br><b>Estacionado/parado na faixa de rolamento</b> |                                |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**Veículo parado sobre a pista, pois havia uma caminhão parado em sua frente, na mesma faixa.**

|                                                       |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br><b>RINALDO GOMES MARQUES</b> | CPF/CNPJ:<br><b>016.843.627-25</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados de Endereço**

|                                                    |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------|
| LOGRADOURO:<br><b>R JOAQUIM F OLIVEIRA SN CASA</b> | NUMERO:<br><b></b> |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                        | BAIRRO:<br><b></b> |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>INGA/PB</b>                    |                    |
| TELEFONE:<br><b></b>                               | EMAIL:<br><b></b>  |

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**Encaminhamento**

|                                           |                                                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| MOTIVO:<br><b>Ausência de responsável</b> | TIPO DE RECEPTOR:<br><b>Depósito credenciado</b> |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:<br><b></b>    |                                                  |

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:<br><br><b>Sem Imagem</b>           | IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:<br><br><b>Sem Imagem</b> |
| IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:<br><br><b>Sem Imagem</b> |                                                                                                                                        |

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)**

|                                                                  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06</b> | <b>NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858</b> |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

**Página 8 de 29**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17020231B01

STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

|                              |                          |                                                                      |                         |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V3            | PLACA:<br>KGH8098        | MARCA/MODELO:<br>FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX                            | ANO FABRICAÇÃO:<br>2006 |
| SITUAÇÃO:<br>Tracionador     |                          | TIPO DE VEÍCULO:<br>Automóvel                                        |                         |
| CHASSI:<br>9BD15822774899045 | RENAVAM:<br>00899844570  | PAÍS:<br>BRASIL                                                      |                         |
| ESPECIE:<br>Passageiro       | CATEGORIA:<br>Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Estacionado/parado no acostamento |                         |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
Veículo estacionado no acostamento, pois seu condutor tentava ajudar outro condutor envolvido em outro acidente.

|                                                 |                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br>WILLIAMS GERALDO SILVA | CPF/CNPJ:<br>161.340.794-72 |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|

Dados de Endereço

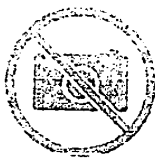
|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| LOGRADOURO:<br>R JOAO M S RIBEIRO 68 | NÚMERO:<br>00068 |
| COMPLEMENTO:                         | BAIRRO:          |

MUNICÍPIO/UF:  
CAMPINA GRANDE/PB

|           |        |
|-----------|--------|
| TELEFONE: | EMAIL: |
|-----------|--------|

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:<br><br>Sem Imagem | IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:<br><br>Sem Imagem |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:<br><br>Sem Imagem |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88868D353F7B0858

Página 9 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

|                                     |                                |                                                                                    |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SEQUENCIAL:<br><b>V4</b>            | PLACA:<br><b>MXT7706</b>       | MARCA/MODELO:<br><b>FORD/CARGO 815 E</b>                                           | ANO FABRICAÇÃO:<br><b>2007</b> |
| SITUAÇÃO:<br><b>Tracionador</b>     |                                | TIPO DE VEÍCULO:<br><b>Caminhão</b>                                                |                                |
| CHASSI:<br><b>9BFVCE1N47BB98481</b> | RENAVAM:<br><b>00933691092</b> | PAÍS:<br><b>BRASIL</b>                                                             |                                |
| ESPECIE:<br><b>Carga</b>            | CATEGORIA:<br><b>Aluguel</b>   | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br><b>Estacionado/parado na faixa de rolamento</b> |                                |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
Veículo parado sobre a faixa devido ao trânsito de pedestres sobre a via para observarem outro acidente ocorrido naquele local.

|                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br><b>JOEL RODRIGUES DA SILVA</b> | CPF/CNPJ:<br><b>020.910.934-32</b> |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados de Endereço**

|                                                 |                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------|
| LOGRADOURO:<br><b>RUA BELO JARDIM</b>           | NUMERO:<br><b>556</b> |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                     | BAIRRO:               |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>SAO LOURENCO DA MATA/PE</b> |                       |
| TELEFONE:                                       | EMAIL:                |

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

**Cronotacógrafo**

|                                                      |                                             |                                    |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| OBRIGATÓRIO PARA ESSE VEÍCULO:<br><b>Sim</b>         | EXISTE:<br><b>Sim</b>                       | ATENDE A LEGISLAÇÃO:<br><b>Sim</b> |
| TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO:<br><b>Sim</b> | DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO:<br><b>Não</b> |                                    |

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858

Página 10 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar](http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 11 de 29



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250837800000026256296>  
Número do documento: 19121905250837800000026256296

Num. 27202633 - Pág. 11



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

|                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br><b>V1 / MOW9656 / VOLVO/FH 400 6X2T</b>                                                                        |                                                                      | ENVOLVIMENTO:<br><b>Condutor</b>                                                                                                    |
| NOME:<br><b>JOSE VICENTE JUSTINO FILHO</b>                                                                                                       | CPF:<br><b>132.243.284-87</b>                                        | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>10/04/1956</b>                                                                                            |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:                                                                                                                             | ÓRGÃO EXPEDIDOR:                                                     | SEXO:<br><b>Masculino</b>                                                                                                           |
| ESTADO CIVIL:                                                                                                                                    | NOME DA MAE:<br><b>LINDALVA SERAFIM DO NASCIMENTO</b>                |                                                                                                                                     |
| <b>Dados de Endereço</b>                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                     |
| LOGRADOURO:<br><b>RUA CASTRO ALVES</b>                                                                                                           |                                                                      | NÚMERO:<br><b>233</b>                                                                                                               |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                                                                                                                      | BAIRRO:<br><b>JOSE PINHEIRO</b>                                      |                                                                                                                                     |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>CAMPINA GRANDE/PB</b>                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                     |
| TELEFONE:<br><b>83 98742 6341</b>                                                                                                                | EMAIL:                                                               |                                                                                                                                     |
| <b>Dados da Habilitação</b>                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                     |
| HABILITAÇÃO:<br><b>Habilitação Nacional</b>                                                                                                      | PAÍS DA HABILITAÇÃO:                                                 | CATEGORIA:<br><b>E</b>                                                                                                              |
| MOTORISTA PROFISSIONAL:<br><b>Sim</b>                                                                                                            | Nº DO REGISTRO:<br><b>01249449505</b>                                | UF:<br><b>PB</b>                                                                                                                    |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:<br><b>17/03/1976</b>                                                                                               | VALIDADE DA CNH:<br><b>28/04/2020</b>                                |                                                                                                                                     |
| OBSERVAÇÕES DA CNH:<br><b>99</b>                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                     |
| <b>Circunstâncias</b>                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                                                                     |
| ESTADO FÍSICO:<br><b>Ileso</b>                                                                                                                   | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br><b>Sim</b>                              |                                                                                                                                     |
| USAVA CAPACETE:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b>                                                                                                          | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b> |                                                                                                                                     |
| ETILÔMETRO DISPONÍVEL:<br><b>Sim</b>                                                                                                             | RESULTADO DO TESTE:                                                  | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:<br><b>Não</b>                                                                                        |
| DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                     |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:<br><b>Não</b>                                                                                                     | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:<br><b>Não</b>              |                                                                                                                                     |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:<br><b>Não foi feito o Teste de etilômetro devido ao grande tumulto no local.</b>                 |                                                                      |                                                                                                                                     |
| IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:<br><br><b>Sem Imagem</b> |                                                                      | IMAGEM DE DECLARAÇÃO:<br><br><b>Sem Imagem</b> |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 12 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

|                                                                                                                          |                                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br><b>V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS</b>                                         |                                                                      | ENVOLVIMENTO:<br><b>Condutor/ PROPRIETÁRIO</b> |
| NOME:<br><b>RINALDO GOMES MARQUES</b>                                                                                    | CPF:<br><b>016.843.627-25</b>                                        | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>20/07/1972</b>       |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:                                                                                                     | ÓRGÃO EXPEDIDOR:                                                     | SEXO:<br><b>Masculino</b>                      |
| ESTADO CIVIL:                                                                                                            | NOME DA MÃE:<br><b>RISOMAR GOMES DA SILVA</b>                        |                                                |
| <b>Dados de Endereço</b>                                                                                                 |                                                                      |                                                |
| LOGRADOURO:<br><b>RUA JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA</b>                                                                     |                                                                      | NUMERO:<br><b>SN</b>                           |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                                                                                              | BAIRRO:<br><b>CAZUZINHA</b>                                          |                                                |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>INGA/PB</b>                                                                                          |                                                                      |                                                |
| TELEFONE:                                                                                                                | EMAIL:                                                               |                                                |
| <b>Dados da Habilitação</b>                                                                                              |                                                                      |                                                |
| HABILITAÇÃO:<br><b>Habilitação Nacional</b>                                                                              | PAÍS DA HABILITAÇÃO:                                                 | CATEGORIA:<br><b>AD</b>                        |
| MOTORISTA PROFISSIONAL:<br><b>Não</b>                                                                                    | Nº DO REGISTRO:<br><b>02542612506</b>                                | UF:<br><b>PB</b>                               |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:<br><b>21/08/1997</b>                                                                       | VALIDADE DA CNH:<br><b>26/11/2019</b>                                |                                                |
| OBSERVAÇÕES DA CNH:<br><b>99</b>                                                                                         |                                                                      |                                                |
| <b>Circunstâncias</b>                                                                                                    |                                                                      |                                                |
| ESTADO FÍSICO:<br><b>Lesões Graves</b>                                                                                   | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b>                    |                                                |
| USAVA CAPACETE:<br><b>Sim</b>                                                                                            | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b> |                                                |
| ETILÔMETRO DISPONÍVEL:<br><b>Sim</b>                                                                                     | RESULTADO DO TESTE:                                                  | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:<br><b>Não</b>   |
| DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:                                                                                          |                                                                      |                                                |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:<br><b>Não</b>                                                                             | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:<br><b>Não</b>              |                                                |
| <b>Encaminhamento</b>                                                                                                    |                                                                      |                                                |
| MOTIVO:<br><b>Socorro médico</b>                                                                                         | TIPO DE RECEPTOR:<br><b>SAMU</b>                                     |                                                |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:<br><b>Condutor socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.</b> |                                                                      |                                                |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED5E88868D353F7B0858

Página 13 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:**

**IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:**

Sem Imagem

**IMAGEM DE DECLARAÇÃO:**

Sem Imagem

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA:** 11/03/2017 19:06

**NÚMERO DE CONTROLE:** 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 14 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

|                                                                           |                            |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br>V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS |                            | ENVOLVIMENTO:<br>Passageiro       |
| NOME:<br>GEOVANE DA SILVA ANDRADE                                         | CPF:                       | DATA DE NASCIMENTO:<br>06/11/1985 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:<br>7321781                                           | ORGÃO EXPEDIDOR:<br>SSP PB | SEXO:<br>Masculino                |
| ESTADO CIVIL:                                                             | NOME DA MÃE:               |                                   |

**Dados de Endereço**

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| LOGRADOURO:                | NUMERO: |
| COMPLEMENTO:               | BAIRRO: |
| MUNICÍPIO/UF:              |         |
| TELEFONE:<br>83 99334 9409 | EMAIL:  |

**Circunstâncias**

|                                 |                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ESTADO FÍSICO:<br>Lesões Graves | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br>NÃO APLICÁVEL                    |
| USAVA CAPACETE:<br>Sim          | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br>NÃO APLICÁVEL |

**Encaminhamento**

|                                                                                                                     |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| MOTIVO:<br>Socorro médico                                                                                           | TIPO DE RECEPTOR:<br>SAMU               |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:<br>Passageiro socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande. |                                         |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:                                                                     |                                         |
| IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:<br><br>Sem Imagem                                                              | IMAGEM DE DECLARAÇÃO:<br><br>Sem Imagem |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 15 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

|                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br><b>V3 / KGH8098 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX</b>                                                                 |                                                                      | ENVOLVIMENTO:<br><b>Condutor</b>                                                                                                    |
| NOME:<br><b>CARLOS ANTONIO LIMA</b>                                                                                                              | CPF:<br><b>272.550.424-49</b>                                        | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>05/01/1962</b>                                                                                            |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:                                                                                                                             | ÓRGÃO EXPEDIDOR:                                                     | SEXO:<br><b>Masculino</b>                                                                                                           |
| ESTADO CIVIL:<br><b>Divorciado(a)</b>                                                                                                            | NOME DA MÃE:<br><b>JOSEFA FIRMINO DE LIMA</b>                        |                                                                                                                                     |
| <b>Dados de Endereço</b>                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                     |
| LOGRADOURO:<br><b>SITIO BRITO</b>                                                                                                                | NÚMERO:<br><b>SN</b>                                                 |                                                                                                                                     |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                                                                                                                      | BAIRRO:<br><b>GALANTE</b>                                            |                                                                                                                                     |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>CAMPINA GRANDE/PB</b>                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                     |
| TELEFONE:<br><b>83 98616 7951</b>                                                                                                                | EMAIL:                                                               |                                                                                                                                     |
| <b>Dados da Habilitação</b>                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                     |
| HABILITAÇÃO:<br><b>Habilitação Nacional</b>                                                                                                      | PAÍS DA HABILITAÇÃO:                                                 | CATEGORIA:<br><b>AD</b>                                                                                                             |
| MOTORISTA PROFISSIONAL:<br><b>Sim</b>                                                                                                            | Nº DO REGISTRO:<br><b>01342141377</b>                                | UF:<br><b>PB</b>                                                                                                                    |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:<br><b>24/07/1986</b>                                                                                               | VALIDADE DA CNH:<br><b>06/08/2017</b>                                |                                                                                                                                     |
| OBSERVAÇÕES DA CNH:<br><b>99</b>                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                     |
| <b>Circunstâncias</b>                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                                                                     |
| ESTADO FÍSICO:<br><b>Iliso</b>                                                                                                                   | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br><b>Sim</b>                              |                                                                                                                                     |
| USAVA CAPACETE:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b>                                                                                                          | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b> |                                                                                                                                     |
| ETILÔMETRO DISPONÍVEL:<br><b>Sim</b>                                                                                                             | RESULTADO DO TESTE:                                                  | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:<br><b>Não</b>                                                                                        |
| DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                     |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:<br><b>Não</b>                                                                                                     | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:<br><b>Não</b>              |                                                                                                                                     |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:<br><b>Não foi feito o teste de Etilômetro devido ao grande tumulto no local.</b>                 |                                                                      |                                                                                                                                     |
| IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:<br><br><b>Sem Imagem</b> |                                                                      | IMAGEM DE DECLARAÇÃO:<br><br><b>Sem Imagem</b> |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858

Página 16 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

|                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br><b>V4 / MXT7706 / FORD/CARGO 815 E</b>                                                                         |                                                                      | ENVOLVIMENTO:<br><b>Condutor/ PROPRIETÁRIO</b>                                                                                     |
| NOME:<br><b>JOEL RODRIGUES DA SILVA</b>                                                                                                          | CPF:<br><b>020.910.934-32</b>                                        | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>13/03/1976</b>                                                                                           |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:                                                                                                                             | ORGAO EXPEDIDOR:                                                     | SEXO:<br><b>Masculino</b>                                                                                                          |
| ESTADO CIVIL:<br><b>Solteiro(a)</b>                                                                                                              | NOME DA MÃE:<br><b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b>                         |                                                                                                                                    |
| <b>Dados de Endereço</b>                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                    |
| LOGRADOURO:<br><b>RUA BELO JARDIM</b>                                                                                                            | NUMERO:<br><b>0000000556</b>                                         |                                                                                                                                    |
| COMPLEMENTO:<br><b>CASA</b>                                                                                                                      | BAIRRO:<br><b>CENTRO</b>                                             |                                                                                                                                    |
| MUNICIPIO/UF:<br><b>SAO LOURENCO DA MATA/PE</b>                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                    |
| TELEFONE:<br><b>81 98691 7301</b>                                                                                                                | EMAIL:                                                               |                                                                                                                                    |
| <b>Dados da Habilitação</b>                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                    |
| HABILITAÇÃO:<br><b>Habilitação Nacional</b>                                                                                                      | PAIS DA HABILITAÇÃO:                                                 | CATEGORIA:<br><b>AE</b>                                                                                                            |
| MOTORISTA PROFISSIONAL:<br><b>Sim</b>                                                                                                            | Nº DO REGISTRO:<br><b>02334239882</b>                                | UF:<br><b>PE</b>                                                                                                                   |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:<br><b>05/02/1998</b>                                                                                               | VALIDADE DA CNH:<br><b>12/07/2019</b>                                |                                                                                                                                    |
| OBSERVAÇÕES DA CNH:<br><b>1315</b>                                                                                                               |                                                                      |                                                                                                                                    |
| <b>Circunstâncias</b>                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                                                                    |
| ESTADO FISICO:<br><b>Illeso</b>                                                                                                                  | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br><b>Sim</b>                              |                                                                                                                                    |
| USAVA CAPACETE:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b>                                                                                                          | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br><b>NÃO APLICÁVEL</b> |                                                                                                                                    |
| ETILÔMETRO DISPONÍVEL:<br><b>Sim</b>                                                                                                             | RESULTADO DO TESTE:                                                  | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:<br><b>Não</b>                                                                                       |
| DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                    |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:<br><b>Não</b>                                                                                                     | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:<br><b>Não</b>              |                                                                                                                                    |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:<br><b>Não foi feito o Teste de Etilômetro devido ao grande tumulto no local.</b>                 |                                                                      |                                                                                                                                    |
| IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:<br><br><b>Sem Imagem</b> |                                                                      | IMAGEM DE DECLARAÇÃO:<br><br><b>Sem Imagem</b> |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED5E88866D353F7B0858

Página 17 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AValiação DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MOW9656 / VOLVO/FH 400 6X2T

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                                     | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                                  |       | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Cabine com avarias na estrutura, afetando        | M     |                             | X   |    |
| 2    | Carroçaria com avarias na estrutura das laterais | M     |                             | X   |    |
| 3    | Para choque traseiro danificado.                 | M     |                             | X   |    |
| 4    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 5    | Avaria em qualquer um dos eixos                  | M     |                             | X   |    |
| 6    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 7    | Chassi com deformação torcional menor ou igual   | M     |                             | X   |    |
| 8    | Chassi com deformação vertical menor ou igual à  | M     |                             | X   |    |
| 9    | Chassi com deformação lateral menor ou igual à   | M     |                             | X   |    |
| 10   | Chassi com deformação torcional maior que a      | G     |                             | X   |    |
| 11   | Chassi com deformação vertical maior que a       | G     |                             | X   |    |
| 12   | Chassi com deformação lateral maior que a        | G     |                             | X   |    |
| 13   | Chassi com região termicamente afetada com       | M     |                             | X   |    |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde       | M     |                             | X   |    |
| 15   | Chassi com região termicamente afetada com       | G     |                             | X   |    |
| 16   | Air bags ( se existir)                           | M     |                             | X   |    |

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 18 de 29



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250885800000026256297>

Número do documento: 19121905250885800000026256297

Num. 27202634 - Pág. 3



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



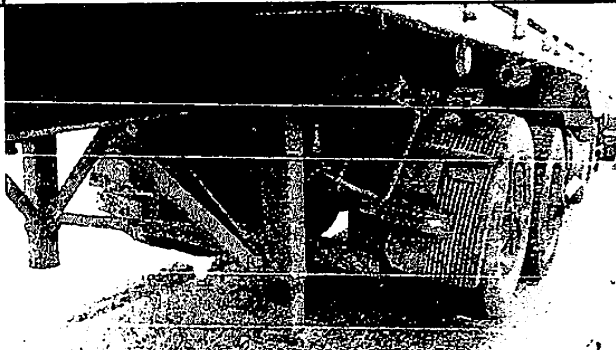
**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**FRENTE (V1)**



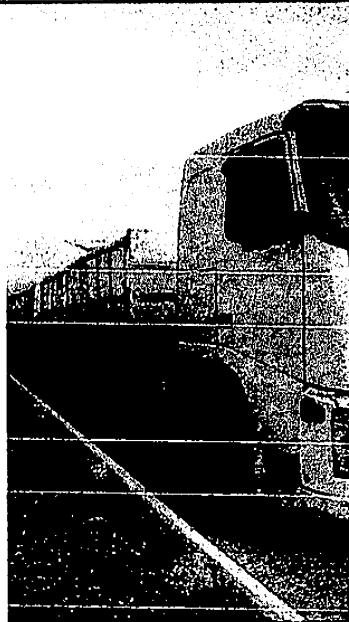
**TRASEIRA (V1)**



**LATERAL ESQUERDA (V1)**



**LATERAL DIREITA (V1)**



**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)**

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06**

**NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858**

**Página 19 de 29**





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação de Danos**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

Rebocado (V1) / KIS4214 / SR/RANDON SR CA

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                                     | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                                  |       | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Cabine com avarias na estrutura, afetando        | M     |                             | X   |    |
| 2    | Carroçaria com avarias na estrutura das laterais | M     |                             | X   |    |
| 3    | Para choque traseiro danificado.                 | M     |                             | X   |    |
| 4    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 5    | Avaria em qualquer um dos eixos                  | M     |                             | X   |    |
| 6    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 7    | Chassi com deformação torcional menor ou igual   | M     |                             | X   |    |
| 8    | Chassi com deformação vertical menor ou igual à  | M     |                             | X   |    |
| 9    | Chassi com deformação lateral menor ou igual à   | M     |                             | X   |    |
| 10   | Chassi com deformação torcional maior que a      | G     |                             | X   |    |
| 11   | Chassi com deformação vertical maior que a       | G     |                             | X   |    |
| 12   | Chassi com deformação lateral maior que a        | G     |                             | X   |    |
| 13   | Chassi com região termicamente afetada com       | M     |                             | X   |    |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde       | M     |                             | X   |    |
| 15   | Chassi com região termicamente afetada com       | G     |                             | X   |    |
| 16   | Air bags ( se existir)                           | M     |                             | X   |    |

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E8866D353F7B0858

Página 20 de 29





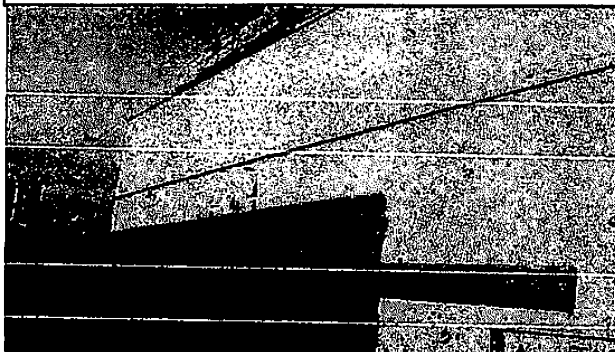
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



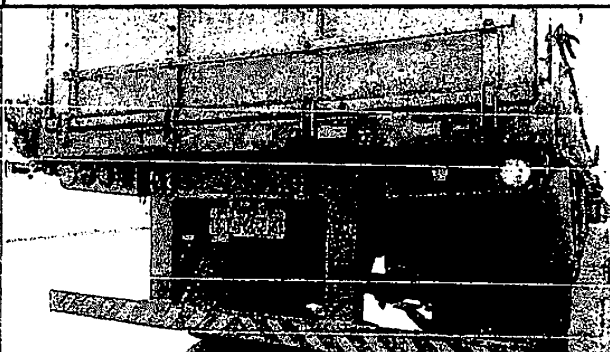
**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**FRENTE (Rebocado de V1)**



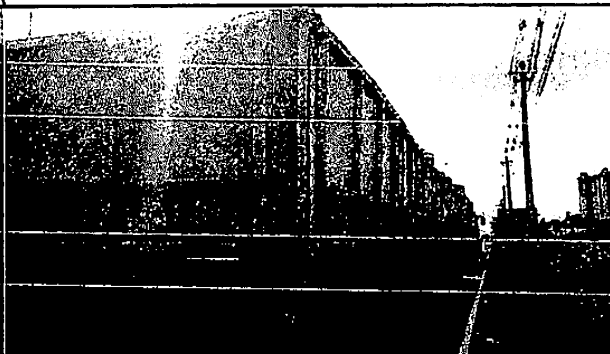
**TRASEIRA (Rebocado de V1)**



**LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)**



**LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)**



**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA:** 11/03/2017 19:06

**NÚMERO DE CONTROLE:** 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 21 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação de Danos**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

Rebocado (V1) / KIS4194 / SR/RANDON SR CA

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                                     | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                                  |       | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Cabine com avarias na estrutura, afetando        | M     |                             | X   |    |
| 2    | Carroçaria com avarias na estrutura das laterais | M     |                             | X   |    |
| 3    | Para choque traseiro danificado.                 | M     |                             | X   |    |
| 4    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 5    | Avaria em qualquer um dos eixos                  | M     |                             | X   |    |
| 6    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 7    | Chassi com deformação torcional menor ou igual   | M     |                             | X   |    |
| 8    | Chassi com deformação vertical menor ou igual à  | M     |                             | X   |    |
| 9    | Chassi com deformação lateral menor ou igual à   | M     |                             | X   |    |
| 10   | Chassi com deformação torcional maior que a      | G     |                             | X   |    |
| 11   | Chassi com deformação vertical maior que a       | G     |                             | X   |    |
| 12   | Chassi com deformação lateral maior que a        | G     |                             | X   |    |
| 13   | Chassi com região termicamente afetada com       | M     |                             | X   |    |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde       | M     |                             | X   |    |
| 15   | Chassi com região termicamente afetada com       | G     |                             | X   |    |
| 16   | Air bags ( se existir)                           | M     |                             | X   |    |

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 22 de 29





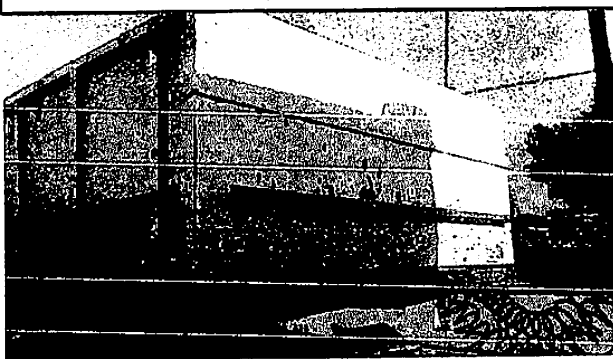
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



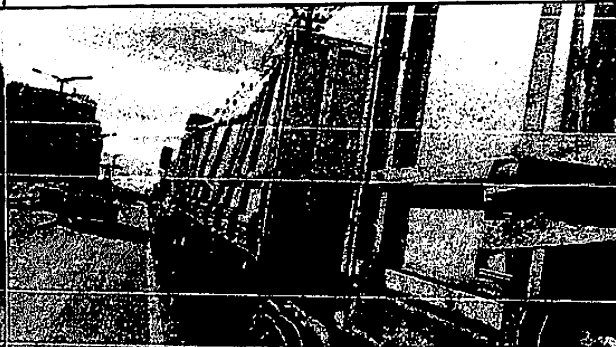
**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

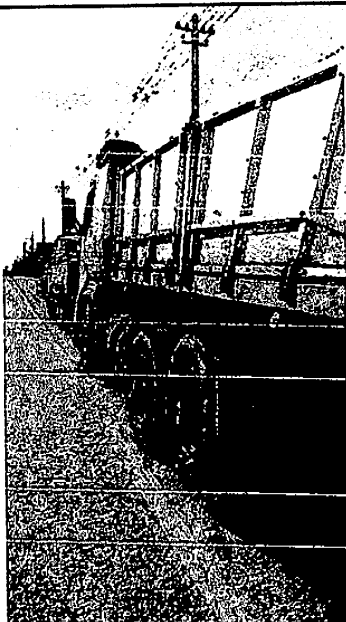
**FRENTE (Rebocado de V1)**



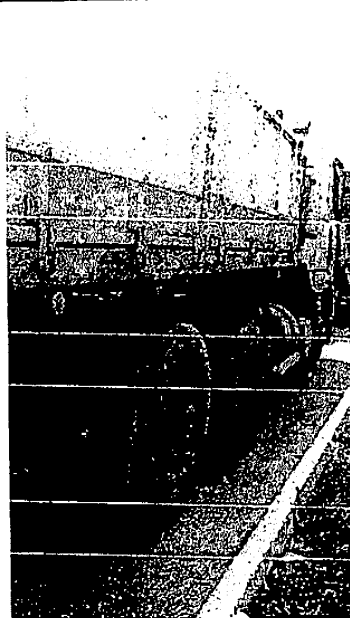
**TRASEIRA (Rebocado de V1)**



**LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)**



**LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)**



**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

**DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA:** 11/03/2017 19:06

**NÚMERO DE CONTROLE:** 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 23 de 29



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250885800000026256297>  
Número do documento: 19121905250885800000026256297

Num. 27202634 - Pág. 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17020231B01

STATUS:  
Encerrado

AValiação DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                         | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                      | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Garfo dianteiro                      | X                           |     |    |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 4    | Coluna de direção                    | X                           |     |    |
| 5    | Chassi                               | X                           |     |    |
| 6    | Garfo traseiro                       | X                           |     |    |
| 7    | Eixo traseiro (triciclos)            |                             | X   |    |

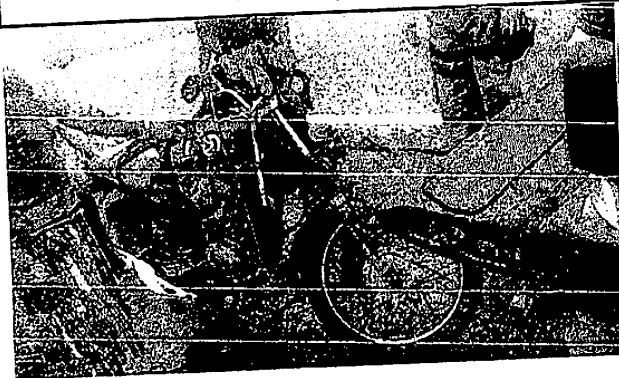
TOTAL GERAL (SIM + NA):

4

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858

Página 24 de 29



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250885800000026256297>

Número do documento: 19121905250885800000026256297

Num. 27202634 - Pág. 9



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



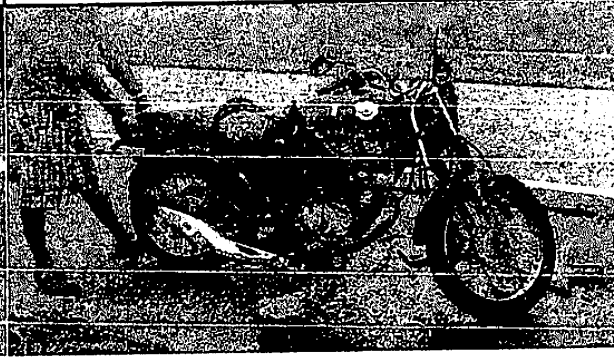
**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**LATERAL ESQUERDA (V2)**



**LATERAL DIREITA (V2)**



**AValiação DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / KGH8098 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                           | Item danificado no acidente |     |    |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                        | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Painel corta-fogo                      |                             | X   |    |
| 2    | Longarina dianteira esquerda           |                             | X   |    |
| 3    | Caixa de roda dianteira esquerda       |                             | X   |    |
| 4    | Estrutura da soleira esquerda          |                             | X   |    |
| 5    | Air Bags Frontais                      |                             | X   |    |
| 6    | Air Bags Laterais                      |                             | X   |    |
| 7    | Estrutura da coluna dianteira esquerda |                             | X   |    |
| 8    | Estrutura da coluna central esquerda   |                             | X   |    |
| 9    | Estrutura da coluna traseira esquerda  |                             | X   |    |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |                             | X   |    |
| 11   | Assoalho central esquerdo              |                             | X   |    |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 25 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

| Item | Nome da Peça                          | SIM | NÃO | NA |
|------|---------------------------------------|-----|-----|----|
| 12   | Longarina traseira esquerda           |     | X   |    |
| 13   | Assoalho portamalas ou caçamba        |     | X   |    |
| 14   | Longarina traseira direita            |     | X   |    |
| 15   | Caixa de roda traseira direita        | X   |     |    |
| 16   | Estrutura da coluna traseira direita  | X   |     |    |
| 17   | Estrutura da soleira direita          | X   |     |    |
| 18   | Estrutura da coluna central direita   |     | X   |    |
| 19   | Estrutura da coluna dianteira direita |     | X   |    |
| 20   | Assoalho central direito              |     | X   |    |
| 21   | Caixa de roda dianteira direita       |     | X   |    |
| 22   | Longarina dianteira direita           |     | X   |    |

TOTAL GERAL (SIM + NA):

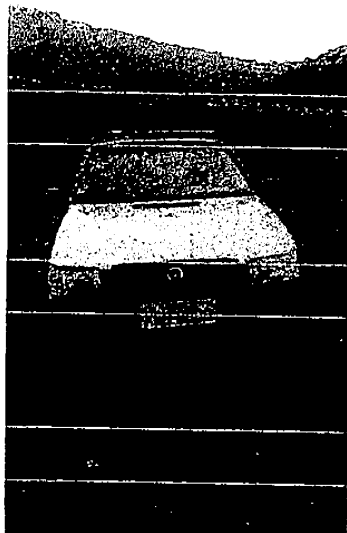
3

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

FRENTE (V3)

TRASEIRA (V3)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 26 de 29





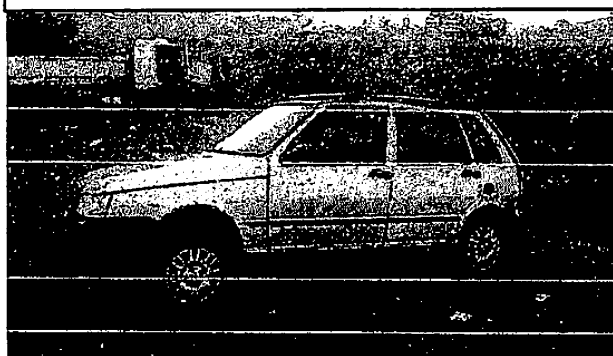
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17020231B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**LATERAL ESQUERDA (V3)**



**LATERAL DIREITA (V3)**



**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V4 / MXT7706 / FORD/CARGO 815 E

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                                     | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                                  |       | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Cabine com avarias na estrutura, afetando        | M     |                             | X   |    |
| 2    | Carroçaria com avarias na estrutura das laterais | M     |                             | X   |    |
| 3    | Para choque traseiro danificado.                 | M     |                             | X   |    |
| 4    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 5    | Avaria em qualquer um dos eixos                  | M     |                             | X   |    |
| 6    | Dano em qualquer componente do Sistema de        | M     |                             | X   |    |
| 7    | Chassi com deformação torcional menor ou igual   | M     |                             | X   |    |
| 8    | Chassi com deformação vertical menor ou igual à  | M     |                             | X   |    |
| 9    | Chassi com deformação lateral menor ou igual à   | M     |                             | X   |    |
| 10   | Chassi com deformação torcional maior que a      | G     |                             | X   |    |
| 11   | Chassi com deformação vertical maior que a       | G     |                             | X   |    |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE86BED5E88866D353F7B0858

Página 27 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

| Item | Nome da Peça                               | Valor | SIM | NÃO | NA |
|------|--------------------------------------------|-------|-----|-----|----|
| 12   | Chassi com deformação lateral maior que a  | G     |     | X   |    |
| 13   | Chassi com região termicamente afetada com | M     |     | X   |    |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde | M     |     | X   |    |
| 15   | Chassi com região termicamente afetada com | G     |     | X   |    |
| 16   | Air bags ( se existir)                     | M     |     | X   |    |

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

FRENTE (V4)

TRASEIRA (V4)



Sem Imagem



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 28 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

LATERAL ESQUERDA (V4)

LATERAL DIREITA (V4)



Sem Imagem



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 29 de 29





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**Narrativa**

Segundo observações do local do acidente e relato do Sr. Joel Rodrigues da Silva, condutor de V4, Ford Cargo 815E, placas MXT7706, este vinha trafegando pela BR 230, sentido decrescente, quando, na altura do km 132 avistou uma aglomeração de pedestres em cima da pista de rolamento (mais tarde constatou tratar-se de curiosos que pararam irregularmente na rodovia para olhar um acidente que havia acontecido momentos antes). Para evitar atropelar os pedestres que invadiram totalmente a pista (havia um grande fluxo de veículos no sentido crescente devido ao retorno do feriado de carnaval), ele foi obrigado a parar o veículo sobre a pista. No acostamento, encontrava-se um veículo estacionado, V3, Fiat Uno Mille Fire Flex, placas KGH8098, que parara para socorrer a vítima do primeiro acidente. Na retaguarda de V4 (Ford Cargo) parou uma motocicleta, V2, Honda CG 150 Titan KS, placa NPW2416. Em seguida, V1, Volvo FH 400, MOW9656 e seus semirreboques KIS4194 e KIS4214, vieram trafegando pela rodovia com velocidade incompatível para a via, as condições climáticas e o tamanho do veículo e, não conseguindo parar, colidiram com V2 (moto), derrubando os ocupantes e ferindo-os gravemente, em seguida, desviaram para o acostamento e colidiram com V3 (Fiat Uno), jogando-o para fora da pista em um barranco, onde também caíram.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:05

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 3 de 29





ESTADO DA PARAÍBA  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Reinaldo Gomes Marques**, vítima de acidente de trânsito no dia 01 de Março de 2017 aproximadamente às 15hs20min, End: BR 230 – km 132, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 20 de Abril de 2017.

  
Deoclecio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



GOVERNO  
DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de direito, que a Sr. Rinaldo Gomes Marques 44  
anos, encontra-se internado neste hospital desde o dia 01 de Março do corrente ano  
e, na UTI desde o dia 02 de Março, SEM PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR.

CID : S06.7

Campana Grande – PR, 03 de Março de 2017

Wendy Castro de S. Moura  
MÉDICA  
CRM 3186

Médico Plantonista

Declaração realizada em 02 Vias



25/07/2017

Prefeitura de Campina Grande - NFS-e

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE</b><br><b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b><br>Código de Verificação<br><b>7685.A722.2EDB.2C52.D80B.36CE.3793.ADC2</b><br>Competência: 07/2017 |                                                                          | Número da Nota<br><b>42748</b>                           |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          | Data de Emissão<br><b>25/JUL/2017</b><br><b>12:46:11</b> |                   |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| Razão Social / Nome: <b>SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME</b><br>CNPJ / CPF: <b>03.833.073/0001-52</b> Inscrição Municipal: <b>383137</b> Inscrição Estadual:<br>Endereço: <b>RUA DUQUE DE CAXIAS 630</b> CEP: <b>58400-506</b><br>Bairro: <b>PRATA</b> Complemento: <b>SALAS 7 - 8 - 9</b><br>Município: <b>CAMPINA GRANDE</b> UF: <b>PB</b> País: <b>Brasil</b> |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| Razão Social / Nome: <b>SEVERINO MARQUES DA SILVA</b><br>CNPJ / CPF: <b>038.151.704-78</b> Inscrição Estadual:<br>Endereço: <b>LINDOLFO CLAUDINO DA SILVA 33</b> CEP: <b>58100-000</b><br>Bairro: <b>CAZUZINHA I</b> Complemento: <b>Não Informado</b><br>Município: <b>INGA</b> UF: <b>PB</b> País: <b>BRASIL</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| REFERENTE A CONSULTA COM O OTORRINO PARA O PACIENTE: RINALDO GOMES MARQUES (016.843.627-25)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$120,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| Código do Serviço <b>86607000 ATIVIDADES DE APOIO A GESTAO DE SAUDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| INSS (R\$) - %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0,00                                                                                                                                                                                                                           | IRRF (R\$) - %                                                           | 0,00                                                     | CSLL (R\$) - %    |
| PIS (R\$) - %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0,00                                                                                                                                                                                                                           | COFINS (R\$) - %                                                         | 0,00                                                     |                   |
| Base de Cálculo do ISS(R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 120,00                                                                                                                                                                                                                         | Alíquota(%)                                                              | 3,50                                                     | Valor do ISS(R\$) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          | 4,20              |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA.<br>Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                          |                   |
| A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço:<br><a href="http://www.campinagrande.pb.gov.br">http://www.campinagrande.pb.gov.br</a> e clique no link <b>NFS-e</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                | Código de Verificação:<br><b>7685.A722.2EDB.2C52.D80B.36CE.3793.ADC2</b> |                                                          |                   |
| RECEBEMOS DA EMPRESA SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          | Número da Nota:<br><b>42748</b>                          |                   |
| Local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Data                                                                                                                                                                                                                           | Assinatura                                                               |                                                          |                   |

pinagrande.giap.com.br/apex/coranda/?n=355:32:12888847469057:~NO:~P32 ID:3903116:~ss=32B44AB64CD3AD6E9F6006A455B3A



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250982100000026256299>  
 Número do documento: 19121905250982100000026256299

Num. 27202636 - Pág. 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE</b><br><b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b><br>Código de Verificação<br><b>2808.3C8C.1037.796F.7CC8.A243.7A1B.AF40</b><br>Competência: 07/2017 |                | Número da Nota<br><b>42749</b>                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                | Data de Emissão<br><b>25/JUL/2017</b><br><b>13:07:05</b>                 |                  |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| Razão Social / Nome: <b>SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME</b><br>CNPJ / CPF: <b>03.833.073/0001-52</b> Inscrição Municipal: <b>383137</b> Inscrição Estadual:<br>Endereço: <b>RUA DUQUE DE CAXIAS 630</b> CEP: <b>58400-506</b><br>Bairro: <b>PRATA</b> Complemento: <b>SALAS 7 - 8 - 9</b><br>Município: <b>CAMPINA GRANDE</b> UF: <b>PB</b> País: <b>Brasil</b> |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| Razão Social / Nome: <b>SEVERINO MARQUES DA SILVA</b><br>CNPJ / CPF: <b>038.151.704-78</b> Inscrição Estadual:<br>Endereço: <b>LINDOLFO CLAUDINO DA SILVA 33</b> CEP: <b>58100-000</b><br>Bairro: <b>CAZUZINHA I</b> Complemento: <b>Não Informado</b><br>Município: <b>INGA</b> UF: <b>PB</b> País: <b>BRASIL</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| Videoendoscopia nasal. Paciente RINALDO GOMES MARQUES<br>CPF: 016.843.627-25 ( PAI )                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$150,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| Código do Serviço <b>86607000 ATIVIDADES DE APOIO A GESTAO DE SAUDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| INSS (R\$) - %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IRRF (R\$) - %                                                                                                                                                                                                                 | CSLL (R\$) - % | PIS (R\$) - %                                                            | COFINS (R\$) - % |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0,00                                                                                                                                                                                                                           | 0,00           | 0,00                                                                     | 0,00             |
| Base de Cálculo do ISS(R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                | Alíquota(%)    | Valor do ISS(R\$)                                                        |                  |
| 150,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | 3,50           | 5,25                                                                     |                  |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA.<br>Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                          |                  |
| A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço:<br><a href="http://www.campinagrande.pb.gov.br">http://www.campinagrande.pb.gov.br</a> e clique no link <b>NFS-e</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                | Código de Verificação:<br><b>2808.3C8C.1037.796F.7CC8.A243.7A1B.AF40</b> |                  |
| RECEBEMOS DA EMPRESA SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                | Número da Nota:<br><b>42749</b>                                          |                  |
| Local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Data                                                                                                                                                                                                                           | Assinatura     |                                                                          |                  |



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE INGÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

## REQUISIÇÃO DE EXAMES



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**NÚMERO DO  
CADASTRO**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

1 - CPF  
2 - C.N.P.J.

[illegible]

Nome da Unidade: Secretaria de Saúde - Policlínica Tarcius Burity

**Endereço:**

**Bairro:**

Municipio:

U.F.: PE

PACIENTE Ronaldo Gomes Marques

IDENTIDADE 4689302

IDADE 47

ENDEREÇO 2 Joaquim Fausto de Oliveira

BAIRRO Caçuzinha II

**ORIGEM**

PAM [REDACTED]

SES

SSM

## ORIGEM

DADOS CLÍNICOS Apresentação aguda e progressiva

**ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE**

## MATERIAL A EXAMINAR

de origine traquel

### EXAMES SOLICITADOS

Soluções avaliação Otimização econômica

25 / 07 / 2017  
DATA

Hamanda Rhyssa M. C. Vitali  
FONOAUDILOGA  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Rinaldo Gomes  
Marques PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. \_\_\_\_\_ NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 25 / 05 / 17 A 27 / 05 / 17 NECESSITANDO DE  
30 (trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Eron Maciel Jerônimo  
Cirurgia Torácica  
CRM - PB 5863  
Campina Grande 27 / 05 / 17  
Ass. do Médico - Nº. do CRM \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MCO. 080

HULW

RECEITUÁRIO

ESER

Nome do Paciente:

Data:

Rinaldo Gomes Marques  
09/06/17

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias

Laudo médico

Observações

Secretaria  
de Saúde  
do seu  
município

Urgências:

132

193

O paciente Rinaldo  
Gomes Marques tem de  
prio de interesse de  
trabalho após período  
de internação em  
hospital, internado  
para ser tratado  
por cir  
bravoscopi

Ass. Pires Dutra Júnior  
Residente Cirurgia Geral  
CRM-PB 10850

Registrar o Atestado em 15 dias úteis

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE  
QUE UM PAÍS INTEIRO

#Zikazer





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Raimundo Gomes Marques

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: K90.5 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 16 / 05 / 17 A 19 / 05 / 17 NECESSITANDO DE  
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 19 / 05 / 17

DE LUIZ GONZAGA FERNANDES  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE

Ass. do Médico - Nº. do CRM

### AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Raimundo Gomes

Marques

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: Reivume + RCF NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 01 / 03 / 17 A 05 / 04 / 17 NECESSITANDO DE  
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05 / 04 / 17

Ass. do Médico - Nº. do CRM

### AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- 1) Sem alteração intestinal por baixo e ausência.  
2) Exames sub-glares por diagnóstico.

Paciente Rinaldo Gomes Marques, 44 anos. Alojamento 2 Leito 1 Convênio SUS

| Data       | Prescrição Médica                                                         | Horário     | Evolução Médica                                                                                                                      |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11/05/13   | (1) Dito leve.                                                            |             | CIRURGIA GERAL                                                                                                                       |
|            | (2) Jeito antinevros.                                                     |             | ✓ 5° DTH / 3° DPO LE - via de baixo e ausência.                                                                                      |
|            | (3) Prescrição devida a 30°                                               |             |                                                                                                                                      |
| (11/05/13) | (4) Clonazepam 1g - AD, EV de 12/12h.                                     | 18 06       | ✓ CONTRAÍRE. FA 150° 10                                                                                                              |
|            | (5) Dipirona 1g/3ml: 01 FA + AD, EV, de 6/6 h.                            | 12 18 24 06 | ✓ DISPOSITIVOS: AUP                                                                                                                  |
|            | (6) Naloxona 3mg/3ml: 01 FA + AD, EV de 6/6 h de 6/6 h de 6/6 h de 6/6 h. |             | ✓ EM USO DE: Ciprazona (D2)                                                                                                          |
|            | (7) Lactulose 30ml, VO de 8/8 h.                                          | 14 22 06    | ✓ EVOLUÇÃO: Paciente segue em todo o tempo de enfermagem compatibilizada, apresentando no m. ambiente superior. Estado hemodinâmico. |
|            | (8) Glicose 50% - 03 ampolas EV de HGT ≤ 90                               |             | Atualmente distal por sua anal. de 200g.                                                                                             |
|            | (9) Lupa 40 gotas, VO de 8/8 h.                                           | 14 22 06    | Na presença de sinais de desidratação.                                                                                               |
|            | (10) Estimular diurese.                                                   |             |                                                                                                                                      |
|            | (11) SSVV + CCGG                                                          |             |                                                                                                                                      |
|            | (12) PARECER DA CIR. TORÁCICA.                                            |             |                                                                                                                                      |
|            |                                                                           |             | ✓ AD EXAME:                                                                                                                          |
|            |                                                                           |             | - Exame físico: FC 97, pulso 116, T 36,6, SPO2 96%.                                                                                  |
|            |                                                                           |             | - ACV: MV 0, um AIT 1/2, S.F. 1/5.                                                                                                   |
|            |                                                                           |             | - Abdomen: Flaco, regular, indurados a palpção.                                                                                      |
|            |                                                                           |             | Riça 0.                                                                                                                              |
|            |                                                                           |             | - Exame de urina: REC < 25, pulso 116, T 36,6, SPO2 96%.                                                                             |
|            |                                                                           |             | - SSVV: FC 97, FA 116, T 36,6, SPO2 96%.                                                                                             |
|            |                                                                           |             | - F.O. Insuflação intravital: Indurados bem controlados.                                                                             |
|            |                                                                           |             | apresentando regular.                                                                                                                |
|            |                                                                           |             | ✓ CONCLUSÃO: Paciente estável. Solicito para a história para história de história de história.                                       |
|            |                                                                           |             | Para Aguardar conclusão para a história.                                                                                             |

502.025



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: **Rinaldo Gomes Marques** DN 20/04/1972

QI: **00** LEITE: **00** CONVÊNIO: **Sala n.º 1** IDADE: **44 anos** REGISTRO: **1432449**

CIRURGIA: **LE + Linh. Brida e** CIRURGIÃO: **Dr.º Pedro Sampaio (r.º) + M.º**

ANESTESIA: **Peroral tubo n.º** ANESTESIA: **Dr.º Thiago**

INSTRUMENTADORA: **DATA: 15/05/17** INÍCIO: **8:40** FIM: **11:00**

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dr.º Luiz Gonzaga Fernandes

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS      | Bolsa Colostoma              | Qtd. | FIOS                   | CÓDIGO |
|------|-------------------------------|------------------------------|------|------------------------|--------|
| 01   | <del>Atropina amp.</del>      | Calel. p/ Órg.               |      | Catgut cromado Sertix  |        |
| 06   | Atropina amp. <b>propofol</b> | Catet. De Urinar Sist. Fech. |      | Catgut cromado Sertix  |        |
|      | Diazepam amp.                 | Compressa Grande             |      | Catgut cromado Sertix  |        |
|      | Dimore amp.                   | Compressa Pequena            |      | Catgut Simples         |        |
|      | Dolanina amp.                 | Cotonóide                    |      | Catgut Simples Sertix  |        |
|      | Efrane ml                     | Dreno                        |      | Catgut Simples Sertix  |        |
|      | Fenegan amp.                  | Dreno Kerr n.º               |      | Catgut Simples Sertix  |        |
| 01   | Fentanil ml                   | Dreno Penrose n.º            |      | Cera p/ osso           |        |
|      | Inova ml                      | Dreno Pezzer n.º             |      | Ethibond               |        |
|      | Ketalar ml                    | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond               |        |
|      | Mercaína % ml                 | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond               |        |
|      | Nubahin amp.                  | Equipo de Sangue             |      | Fio de Algodão Sertix  |        |
|      | Pavulon amp.                  | Equipo de PVC                |      | Fio de Algodão Sertix  |        |
| 04   | Proligmine amp.               | Esparadrapo Larco cm         |      | Fio de Algodão Sutupak |        |
|      | Protóxido l/m                 | Furacim ml                   |      | Fio de Algodão Sutupak |        |
| 01   | Quelicin ml                   | Gase Pacote c/ 10 unidades   |      | Fila cardíaca          |        |
|      | Rapifen amp.                  | H.O. ml                      | 02   | Mononylon              |        |
|      | Thiambutal ml                 | Intracath Adulto             |      | Mononylon              |        |
|      | Tracrium amp.                 | Intracath Infantil           | 02   | Prolene Sertix         |        |
|      | MEDICAÇÕES                    | Lâmina de Bisturi n.º 23     |      | Prolene Sertix         |        |
|      | Água Destilada amp.           | Lâmina de Bisturi n.º 11     |      | Prolene Sertix         |        |
|      | Decadron amp.                 | Lâmina de Bisturi n.º 15     |      | Prolene Sertix         |        |
|      | Dipirona amp.                 | Luvas 7.0                    |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Flaxicid amp.                 | Luvas 7.5                    |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Flobocortid amp.              | Luvas 8.0                    |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Geramicina amp.               | Luvas 8.0                    |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Glicose amp.                  | Oxigênio l/m                 |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Glucon de Cálcio amp.         | Poliflix                     |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Haemace! ml                   | PVPI Degemante ml            |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Heparema ml                   | PVPI Tópico ml               |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Kanakina amp.                 | Sabão Antisséptico           |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Lasix amp.                    | Saco coletor                 |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Medrotilazol.                 | Seringa desc. 10 ml          |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Plasil amp.                   | Seringa desc. 20 ml          |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Proamina                      | Seringa desc. 05 ml          |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Revivan amp.                  | Sonda                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Sutplanon amp.                | Sonda Foley                  |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Cefalotina 1g                 | Sonda Nasogástrica           |      | Vicryl Sertix          |        |
| 01   | Nitroglicerina                | Sonda Uretral n.º 14/16      |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | ceftriaxona                   | Steridrem ml                 |      | Vicryl Sertix          |        |
|      |                               | Torneirinha                  |      | Vicryl Sertix          |        |
|      |                               | Vaselina ml                  |      | Vicryl Sertix          |        |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES          | Gelcon 18                    |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Aguilha desc. 25 x 7          | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Aguilha desc. 28 x 28         | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
| 04   | Aguilha desc. 40 x 12         | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Aguilha p/ raque n.º          | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
| Q.N. | Álcool de Enfermagem          | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Álcool Iodado ml              | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Ataduras de Crepon            | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Ataduras de Gessada           | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Azul metileno amp.            | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |
|      | Benzina ml                    | Latex                        |      | Vicryl Sertix          |        |

ORTOSE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: **Elizabeth**



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

PACIENTE RINALDO GOMES MARQUES

EXAME Tomografia do Abdome Total

DATA 13.05.2017

Técnica: Foram realizados cortes axiais tomográficos computadorizados em aparelho multidetector sem a infusão endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

- Os cortes da transição toracoabdominal evidenciam múltiplas fraturas em arcos costais direitos (pelo menos do quinto ao décimo primeiro).
- Líquido livre intracavitário em moderada quantidade notadamente na escavação pélvica e periesplênico.
- Fígado com dimensões e contornos normais apresentando lesão focal hipodensa de margens mal definidas ao exame sem contraste, localizada no lobo direito, medindo 3,5 x 2,5 cm.
- Moderada distensão líquida de alça intestinal de delgado distal associado a marcada densificação de planos adiposos regionais com aparente zona de transição (semi-obstrução por brida precoce?).
- Vias biliares, baço, pâncreas e adrenais sem alterações grosseiras ao exame sem contraste.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais, não evidencio cálculos.
- Bexiga e ureteres tomograficamente normais.
- Aorta e veia cava de contornos definidos.

  
DrRaiff Ramalho Gavalcanti  
Médico Radiologista  
CRM-PB 6320



2017-5-14

MTC-G-Plano Administrativo

CUNILLO

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1432449 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.779.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/05/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: RINALDO GOMES

CEP: 58380000

Nascimento: 20/07/1972

MARQUES

Sexo: M

Telefone: 93349409

Endereço: JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA

Idade: 044

Bairro: CAZUINHHA

Cidade: Ingá

RG: 1689302

Nº 0

Nome da Mãe: RISONAR GOMES DA SILVA

CPF: 01684362725

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: RONEIDE MONTEIRO MARQUES

Data de Atend: 14/05/2017

CNS: 890002755365147

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 01:40:14

CONVENIO: SUS

Motivo: DOR OUTROS

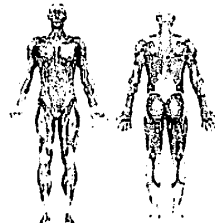
CRM:

Especialidade:

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cortagem
6. Torção
7. Edema
8. Empatamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura esboço fechado
20. Fratura esboço aberto
21. Hematoma
22. Injeção de venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rincorrágica
35. Tração da lesão
36. F. Perfuro-cortante

OBS:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente encaminhado da VPA-CG com quadro de dor abdominal e vômitos, há 16 horas após o jantar. História de trauma intenso no hemitórax esquerdo de natureza fechada, em V+L e abdômen E, 10%, tendo sido tratado com analgésicos e soro fisiológico.

## ALERGIA:

Nega

## MEDICAMENTOS:

Analgésicos.

## PATOLOGIAS:

## EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

Glasgow 15

PA 110 x 70

NGT:

SatO2

ABD:

flaco, dependente do tórax a palpação profunda em F+D.

Reflexo: Pericardio de 16/18 P. FA, 60+

Exames solicitados: 150 RAD. Radiografia tórax ABDAP em P.

## EXAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais

Gasometria arterial

Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia

Radiografias

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: urgente

Dia: 14/05/17

Especialista: urgente

Dia: 14/05/17

## MÉDICO SOLICITANTE

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

## Nº

## PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

## HORÁRIO REALIZADO

1. SCL 1000 ml EV

2. Vagotomyl 12 mg EV

3. Paracetamol 1000 mg EV

4. Paracetamol 1000 mg EV

5. SCL 1000 ml EV

6. Paracetamol 1000 mg EV

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905250982100000026256299

Número do documento: 19121905250982100000026256299



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Receituário Simples

À CIR. TORÁCICA

Paciente com história de interm-  
ção por causa de intubação e intubação  
de longa duração desmascarada  
ESTENOSE SUB-GLÓTICA. Realizou  
dilatação endoscópica no último dia  
05/05/17 e em seguida realizou  
TC de pescoço (COM ACOMPANHANTE).  
Vem evoluindo com plano de conti-  
nência.

MOD. 001 Solicito parecer para reavaliação da  
paciente sob seguimento ambulatorial  
ou necessidade de intervenção interhosp-  
italar.

12 / 05 / 17  
Data

Grato /

Dr. Danilo Carvalho  
MÉDICO  
128 9389  
Médico



## Diagnóstico

1) Semi-nutrición sintética por leches e  
aditivos

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|          |                                 |            |             |       |      |          |     |
|----------|---------------------------------|------------|-------------|-------|------|----------|-----|
| Paciente | Risoldin Carlos Mendes 44 anos. | Alojamento | NEU en/QUCC | Leito | B. 3 | Convênio | SUS |
|----------|---------------------------------|------------|-------------|-------|------|----------|-----|

| Data     | Prescrição Médica                                      | Horário | Evolução Médica                                              |
|----------|--------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|
| 19/05/13 | (4) Dieta Úrica.                                       |         | CIRURGIA GERAL                                               |
|          | (5) Fazer ultrassom                                    |         | ✓ 6° DTH / 4° DPO do L.E. - lesão de bordas e                |
|          | (6) Decúbito dorsal a 30°                              |         | nódulos                                                      |
| (14)     | (6) Ceftriaxona 1g - AD EV de 12/12h.                  |         | ✓ DISPOSITIVOS EVF                                           |
|          | (5) Difenidramina 1g - AD EV de 6/6h.                  |         | ✓ EM USO DE: Ceftriaxona (108)                               |
|          | (6) Nandrona 8mg - AD EV de 8/8h e náuseas ou vômitos. |         | Melhorado (1/1)                                              |
|          | (5) Glucose 50% - 03 ampolas EV na HGT = 30 mg/dL.     |         | ✓ EVOLUÇÃO: Paciente segue em leito com monitor de           |
|          | (5) Lactulose 40 gotas, VO de 8/8h.                    |         | infusão de glicose 50% em resposta ao monitor de             |
|          | (5) Lactulose 30ml VO de 8/8h.                         |         | exames laboratoriais hematológicos e urinários. Diurese (2), |
|          | (10) Entumescimento de membros                         |         | surteiros PRESENTES, grande quantidade de urina              |
|          | (5) SSVV - CCGG.                                       |         | relatando diurese por um cont. No momento                    |
|          | (6) ALTA DA CIRURGIA GERAL.                            |         | não apresenta queixa.                                        |
|          |                                                        |         | ✓ AO EXAME:                                                  |
|          |                                                        |         | - Exatidão: FGBm melhora, acetabulação normalizada           |
|          |                                                        |         | normalizada, urinação espontânea normalizada.                |
|          |                                                        |         | - AS: MVE em ANT SICA.                                       |
|          |                                                        |         | - ACV RCE em 27, BNF 515.                                    |
|          |                                                        |         | - Azidom: Pinta, normalizado, urinação espontânea e          |
|          |                                                        |         | pressão arterial e pulso.                                    |
|          |                                                        |         | - F.A.: Bom englobamento, urinação espontânea (2)            |
|          |                                                        |         | - Exatidão: TEC 25, pulso chinês.                            |
|          |                                                        |         | - SSVV: FC: 10; FR: 16; SatO2: 96%                           |
|          |                                                        |         | ✓ CONDUZA: Paciente está em bom estado geral                 |
|          |                                                        |         | em relação ao procedimento cirúrgico, não há necessidade     |
|          |                                                        |         | de internação, encaminhando para casa com acompanhamento     |
|          |                                                        |         | de um ESTANDO DE ALTA DA CIRURGIA                            |
|          |                                                        |         | GERAL.                                                       |
|          |                                                        |         | (REMANEÇA NO VERSO)                                          |

von 119



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

|                                     |                       |            |
|-------------------------------------|-----------------------|------------|
| OME: <i>RINOLUX GOMES FERNANDES</i> | DN:                   | PRONT. Nº: |
| ATURALIDADE:                        | PROCEDÊNCIA:          |            |
| DMISSÃO: <i>25/05/17</i>            | ALTA: <i>27/05/17</i> |            |

**Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)**

*Paciente com relato de síndrome torácica, dor no tórax, estardalhaço. Realizou biópsia torácica na ocasião.*

**Resultado dos principais exames**

*VIDE prontuário*

**1. Evolução e complicações**

*Ótima evolução sem complicações.*

**2. Terapêutica realizada**

*Biópsia torácica (25/05/17)  
Reinternação*

**3. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)**

*Síndrome torácica + torçãotórax.*

**6. Orientações médicas para pacientes / egresso**

- 1- Repouso e medicação conforme orientação.*
- 2- Retornar ao Hospital de Trauma se apresentar desconforto.*
- 3- Procurar emergência de urgência no Hospital Universitário.*

**7. Condições de alta**

- ☐ Curado
 ☐ A pedido
 ☐ Óbito
 ☒ Melhorado
 ☐ Inalterado
- ☐ Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 27 de maio de 2017

**Dr. Eron Maciel Jerônimo**  
 CIRURGIÃO TORÁCICA  
 CRM - PB 5863  
 \_\_\_\_\_  
 Responsável pelo resumo





## RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



|        |                       |                |             |          |     |
|--------|-----------------------|----------------|-------------|----------|-----|
| Nome:  | Rinaldo Gomes Marques | N.º Prontuário | 58423831    | N.º Reg. |     |
| Idade: | 44                    | Sexo:          | M           | CSE:     |     |
|        |                       | Clinica:       | Eng. Nativa | Enf.:    | 225 |
|        |                       |                |             | Leito:   | 01  |

|                  |            |               |            |                       |  |
|------------------|------------|---------------|------------|-----------------------|--|
| DATA DA EMISSÃO: | 01/06/2017 | DATA DA ALTA: | 09/06/2017 | TEMPO DE PERMANÊNCIA: |  |
|------------------|------------|---------------|------------|-----------------------|--|

|                      |                             |        |  |
|----------------------|-----------------------------|--------|--|
| DIAGNÓSTICO INICIAL: | Ciste na parede + haquirite | C.I.D. |  |
|----------------------|-----------------------------|--------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: |  |
|-------------------------|--|

|                      |  |
|----------------------|--|
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: |  |
|----------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| PRINCIPAIS EXAMES: |  |
|--------------------|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: |  |
|-------------------------------------|--|

Distal da traqueia; reposicionamento de ciste traqueal.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: |  |
|----------------------------|--|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA: |  |
|----------------------------|--|

|               |                                                                      |                    |                                                                      |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| INFECÇÃO F.O. | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                          |  |
|--------------------------|--|
| RESULTADO BACTERIOLOGIA: |  |
|--------------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| CONDIÇÕES DE ALTA: |  |
|--------------------|--|

|                                                |                                   |                                   |                                 |                                |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MELHORANDO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES) |  |
|------------------------------------------------------------------|--|

Paciente 44 anos, com entrada no SUS em 01/06/17 devido a ciste traqueal + haquirite, após 18 dias de internação em UTI com intubação orotraqueal por 14 dias. Realizou procedimento cirúrgico de distal da traqueia com cistostomia rígida, reposição de parede de Dacron, reposicionamento de ciste traqueal sem intercorrências. Evoluiu clinicamente estável em condições de alta planejadas.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

|        |  |
|--------|--|
| DIETA: |  |
|--------|--|

|          |                                         |
|----------|-----------------------------------------|
| REPOUSO: | Reposo relativo em casa por _____ dias. |
|----------|-----------------------------------------|

|  |                                                          |
|--|----------------------------------------------------------|
|  | Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias |
|--|----------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: | Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário. |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|          |                                                                |
|----------|----------------------------------------------------------------|
| RETORNO: | - Ao ambulatório de EGRESSOS em _____ para retirada de pontos. |
|----------|----------------------------------------------------------------|

|  |                                                        |
|--|--------------------------------------------------------|
|  | - Ao ambulatório de _____ Dr. Rinaldo Pina em 19/06/17 |
|--|--------------------------------------------------------|

|       |          |
|-------|----------|
| Data: | 09/06/17 |
|-------|----------|



Paciente: RINALDO GOMES MARQUES Tipo: Eletiva CID:  
Data: 06/07/2017 Hora: 10:47:36 Convenio: SUS-PB  
Leito: ENFERMARIA Registro:

## DESCRIÇÃO CIRURGICA

Tipo de Cirurgia: Eletiva

Cirurgião: DANIEL PIRES PESSOA - (CRM-PB 7445)

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia Aplicada: SEDAÇÃO

Diag.pos Op.:

ESTENOSE LARINGO-  
TRAQUEAL

### Descrição Cirúrgica:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB SEDAÇÃO E SUPORTE DE OXIGÊNIO
- 2) INTRODUÇÃO DE APARELHO PELA NARINA ESQUERDA
- 3) UTILIZAMOS APARELHO OLYMPUS T180 VIDEO
- 4) VIAS AÉREAS SUPERIORES:
  - SEM ALTERAÇÕES
- 5) LARINGE:
  - EPIGLOTE, PREGAS ARIEPIGLÓTICAS E ARITENÓIDES SEM ALTERAÇÕES, SIMÉTRICAS E MÓVEIS
  - PREGAS VOCAIS SIMÉTRICAS E ABDUÇÃO PARCIAL
  - SUBLIGOTE COM PRÓTESE DE DUMONT A 0,5CM DAS CORDAS VOCAIS. PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL REALIZADA LIMPEZA.
- 6) TRAQUEIA:
  - DE TRAJETO RETILÍNEO, SEM HIPEREMIA
  - EXTREMIDADE DISTAL DE PRÓTESE SEM ALTERAÇÕES.
  - CARINA CENTRADA E MÓVEL

### OPME

| Código   | Procedimento                                                 |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| 24030015 | BRONCOSCOPIA OU BRONCOF. PARA DIAG. COLH. DE MAT. OU BIOPSIA |

Via de Acesso

  
DANIEL PIRES PESSOA  
CRM-PB 7445

RUA JOAO 15  
CEP: 22222 Tel: 15





## RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



|        |                              |                |                          |          |  |
|--------|------------------------------|----------------|--------------------------|----------|--|
| Nome:  | <u>Rinaldo Gomes Marques</u> | N.º Prontuário | <u>38423831</u>          | N.º Reg. |  |
| Idade: | <u>45a</u>                   | Sexo:          | <u>M</u>                 | CSE:     |  |
|        |                              | Clinica:       | <u>Clínica Cirúrgica</u> | Enf.:    |  |
|        |                              |                |                          | Leito:   |  |

|                  |                   |               |                   |                       |  |
|------------------|-------------------|---------------|-------------------|-----------------------|--|
| DATA DA EMISSÃO: | <u>06/07/2017</u> | DATA DA ALTA: | <u>06/07/2017</u> | TEMPO DE PERMANÊNCIA: |  |
|------------------|-------------------|---------------|-------------------|-----------------------|--|

|                      |                         |        |  |
|----------------------|-------------------------|--------|--|
| DIAGNÓSTICO INICIAL: | <u>Tubo de Drenagem</u> | C.I.D. |  |
|----------------------|-------------------------|--------|--|

|                         |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|

|                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|

|                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| PRINCIPAIS EXAMES: |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|

|                                     |                                                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: | <u>Cronotomia plástica - Dr. Daniel + MR1 Isabela + MR2 Jenny</u> |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: |  |
|----------------------------|--|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA: |  |
|----------------------------|--|

|               |                                                           |                    |                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| INFECÇÃO F.O. | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|---------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|

|                          |  |
|--------------------------|--|
| RESULTADO BACTERIOLOGIA: |  |
|--------------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| CONDIÇÕES DE ALTA: |  |
|--------------------|--|

|                                                |                                   |                                   |                                 |                                |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MELHORANDO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA E COMPLICAÇÕES) |  |
|------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Paciente em uso de tubo de drenagem, veio para o serviço para realização de craniotomia plástica com hemostase do tubo e retirada de rede da mesma. Procedimento realizado com intervenção e paciente segue em condições de alta hospitalar com orientações e retorno para ambulatório.</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Data: 06 julho 2017

Dr. Isabela Domingos  
Médica  
R.M.P.B. 10620  
Ass. Médica CRM

REPROGRAFIA





|                                         |                           |
|-----------------------------------------|---------------------------|
| NOME:<br>Renildo Gomes Marques, 47 anos | N.º PRONTUÁRIO<br>1390915 |
| UTI                                     | ENF.<br>UTI - ROSA        |
|                                         | LEITO<br>12               |

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 |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------|
| 09/03/17      | # Cirurgia Geral                                              |         |
|               | 4º DIH / 3º dia de internação em UTI                          |         |
|               | HD: Politraumatismo → Colisão moto-moto                       |         |
|               | TCE? (sem TC de ingresso)                                     |         |
|               | Trauma Abdominal Fechado - lesão hepática segmento VI         |         |
|               | PO LE → Hemorragia + drenagem cavitária (01/03/17)            |         |
|               | Lesão abrasiva abdominal                                      |         |
|               |                                                               |         |
| Em uso de     | Ceftriaxona (D2) DO 02/03/17                                  |         |
|               | Metronidazol (D2) DO 02/03/17                                 |         |
|               |                                                               |         |
| Dispositivos: | TOT SNG                                                       |         |
|               | AVC SVB                                                       |         |
|               | AVP em MSE Dreno Pen Rose                                     |         |
|               |                                                               |         |
|               | evolução:                                                     |         |
|               | Paciente segue em leito de UTI, intubado sob VMI (PC)         |         |
|               | (FIO2= 80%, PEEP= 8cmH2O, FR= 15irpm), sob sedoanalgesia      |         |
|               | com Fentanil e Midazolam 50mcg/1h, em uso de BVA (narr.       |         |
|               | drenagem 4ml/h) diurese ausente.                              |         |
|               | AO exame: EGG, acinético, anictérico, hipocorado (+/4+),      |         |
|               | hidratado e afecção no tórax.                                 |         |
|               | ACV: RCR em QT, BNF, S/supr                                   |         |
|               | AR: MVE em AHT, presença de rôncos difusos                    |         |
|               | ABD: plano, RHA @ diminuídos, depressível, tenso. Lesão abra. |         |
|               | siva em HD, Dreno de pen rose com saída de material se.       |         |
|               | rossangüinolento em pequena quantidade.                       |         |

MOD. 007





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

|                                                  |                   |                |       |
|--------------------------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| Nome do Paciente<br><i>Rimildo Gomes Jacques</i> |                   | Nº Prontuário  |       |
| Data da Operação<br><i>14/03/2017</i>            | Enf.              |                | Leito |
| Operador<br><i>Dr. Juarez Ritter</i>             |                   | 1º Auxiliar    |       |
| 2º Auxiliar                                      | 3º Auxiliar       | Instrumentador |       |
| Anestesia                                        | Tipo de Anestesia |                |       |
| Diagnóstico Pré-Operatório                       |                   |                |       |
| <i>Entubação prolongada</i>                      |                   |                |       |
| Tipo de Operação                                 |                   |                |       |
| <i>Cirurgia de traqueostomia</i>                 |                   |                |       |
| Diagnóstico Pós-Operatório                       |                   |                |       |
| <i>Entubação prolongada</i>                      |                   |                |       |
| Relatório Imediato da Patologia                  |                   |                |       |
|                                                  |                   |                |       |
| Exame Radiológico no Ato                         |                   |                |       |
| Acidente Durante a Operação                      |                   |                |       |
|                                                  |                   |                |       |
|                                                  |                   |                |       |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

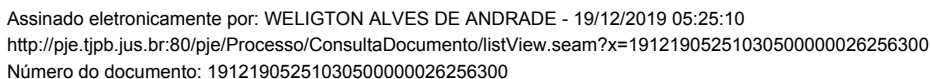
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Inspeção e anti-espina.
- 2) Incisão horizontal em região cervical anterior, dig. transversal
- 3) Dissecção da traqueia
- 4) Abertura da traqueia a nível do segundo anel
- 5) Colocação de tubo, dig. cânula traqueal n.º 4
- 6) Exatidão
- 7) Curativo

Dr. Agostinho  
Cirurgião Torácico  
CRM-PB 5093

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





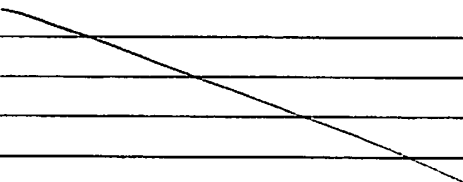
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

|                                                                          |                             |                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|
| Nome do Paciente<br>Rinaldo Gomes Marques.                               |                             | Nº Prontuário<br>1390915. |  |
| Data da Operação<br>14.03.17.                                            | Enf.<br>UN                  | Leito<br>12               |  |
| Operador<br>Dr.º Cagame.                                                 |                             | 1º Auxiliar               |  |
| 2º Auxiliar                                                              | 3º Auxiliar                 | Instrumentador            |  |
| Anestesia<br>Dr.º Panenna.                                               | Tipo de Anestesia<br>Geral. |                           |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório<br>Tumor Mural Bilateral.                     |                             |                           |  |
| Tipo de Operação<br>Lecotomia com Drenagem Fechada Bilateral.            |                             |                           |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório<br>NO UMERMO, <u>duo HEMOTÓRAX BILATERAL.</u> |                             |                           |  |
| Relatório Imediato da Patologia -                                        |                             |                           |  |
| Exame Radiológico no Ato -                                               |                             |                           |  |
| Acidente Durante a Operação -                                            |                             |                           |  |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

01. Paciente em decúbito lateral no membro geral.
02. Anestesia e antineupria do campo operatório com sol. alcodica.
03. Posição de campos cirúrgicos estéril.
04. Mini-Toracotomia Lateral E.
05. Abertura por planos.
06. Posição do dreno torácico - Saída de  $\pm 2000\text{ml}$  hemático.
07. Fixação do dreno.
08. Curativos.



Dra. Dayane M. Fraga  
CIRURGIA TORÁCICA  
CRM-PB 5109

OMF

Mod 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**

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

|                                                                            |             |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--|
| Nome do Paciente <u>Remilob Gome</u>                                       |             | Nº Prontuário     |  |
| Data da Operação <u>01.03.2017</u>                                         | Enf.        | Leito             |  |
| Operador <u>Dr. Sérgio Henrique</u>                                        |             | 1º Auxiliar       |  |
| 2º Auxiliar                                                                | 3º Auxiliar | Instrumentador    |  |
| Anestesia                                                                  |             | Tipo de Anestesia |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Trauma abdominal fechado</u>                 |             |                   |  |
| Tipo de Operação <u>Laparotomia Exploradora +</u><br><u>hepatomectomia</u> |             |                   |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório <u>C mem</u>                                    |             |                   |  |
| Relatório Imediato da Patologia                                            |             |                   |  |
| Exame Radiológico no Ato                                                   |             |                   |  |
| Acidente Durante a Operação <u>Nenhum</u>                                  |             |                   |  |
|                                                                            |             |                   |  |
|                                                                            |             |                   |  |
|                                                                            |             |                   |  |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01. Anestesia + intubação do paciente em decúbito dorsal                                                 |
| 02. Incisão mediana xifóide - abdominal                                                                  |
| 03. Identificação de glândulas e vasos                                                                   |
| 04. Ligadura de vasos e glândulas                                                                        |
| 05. Identificação de lesões e extensões                                                                  |
| 06. Sutura de feridas                                                                                    |
| 07. Identificação de lesões e extensões                                                                  |
| 08. Realização de procedimentos de drenagem                                                              |
| 09. Sutura de feridas                                                                                    |
| 10. Identificação de lesões e extensões                                                                  |
| 11. Drenagem cateterizada e fechada                                                                      |
| 12. Sutura de feridas                                                                                    |
| 13. Curativo                                                                                             |

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| NOME:<br><b>Rinaldo Gomes Marques</b> | N.º PRONTUÁRIO          |
| <b>UTI</b>                            | ENF.<br><b>UTI ROSA</b> |
|                                       | LEITO<br><b>16</b>      |

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 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 21/03/17 | # 80º DIUT I                                                                                                                                                                                                                                       |         |
|          | HB: politraumatismo → colisão moto - moto                                                                                                                                                                                                          |         |
|          | - TCE → sem TC de ingresso                                                                                                                                                                                                                         |         |
|          | - Trauma abdominal fechado → lesão hepática segmento VI                                                                                                                                                                                            |         |
|          | - PD laparotomia exploradora → hepatectomia + drenagem                                                                                                                                                                                             |         |
|          | cavitária (01/03/17)                                                                                                                                                                                                                               |         |
|          | - Lesão abrasiva abdominal                                                                                                                                                                                                                         |         |
|          | - Traqueostomizado (14/03/17)                                                                                                                                                                                                                      |         |
|          | Controles:                                                                                                                                                                                                                                         |         |
|          | ΔPAS = 103 - 129 mmHg                                                                                                                                                                                                                              |         |
|          | ΔPAD = 66 - 84 mmHg                                                                                                                                                                                                                                |         |
|          | ΔFC = 87 - 111 bpm                                                                                                                                                                                                                                 |         |
|          | ΔFR = 15 - 21 1/15                                                                                                                                                                                                                                 |         |
|          | ΔSatO <sub>2</sub> = 96 - 99%                                                                                                                                                                                                                      |         |
|          | ΔTax = 36,6 - 37,3 °C                                                                                                                                                                                                                              |         |
|          | ΔMGT = 85 - 135 mg/dL                                                                                                                                                                                                                              |         |
|          | Diurese = 8300 mL / 24 horas                                                                                                                                                                                                                       |         |
|          | BH = -4272 mL                                                                                                                                                                                                                                      |         |
|          | Com uso de: Meropenem 2g/8h (DO = 17/03/17)                                                                                                                                                                                                        |         |
|          | Gentamicina 240 mg 1x/dia (DO = 17/03/17)                                                                                                                                                                                                          |         |
|          | Dispositivos: AVC em VSC Direita, SNE, SVA                                                                                                                                                                                                         |         |
|          | TET                                                                                                                                                                                                                                                |         |
|          | Paciente segue em leito de UTI, traqueostomizado (VMI modo: PC; FiO <sub>2</sub> 48%; PEEP 10; FR: 15/15). Hemodinamicamente estável, sem SVA, com sedoanalgesia (Midazolam + Fentanil 13 mL/h). Diurese presente sem qumex, evacuações presentes. |         |

MOD. 007



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

TCE Grave

Paciente Rinaldo Gomes Alojamento 1506 Leito 15 Convênio

| Data | Prescrição Médica                   | Horário | Evolução Médica      |
|------|-------------------------------------|---------|----------------------|
| 01/4 | 1) Injeção de morfina 10mg EV 1 dia | 7h      | Pct. acutizada disto |
|      | 2) SB 0,9% 1.000 ml EV 1 dia        | 7h      | VO                   |
|      | 3) Clonazepam 40mg EV 1x/dia        | 9h      | Hg = 11 Hte = 33%    |
|      | 4) Tadalafila 40mg EV 1x/dia        | 9h      | Pulc - 11.200        |
|      | 5) Naloxona 40mg EV 1x/dia          | 9h      | plap = 325.000       |
|      | 6) Ibuprofeno 400mg EV 1x/dia       | 9h      |                      |
|      | 7) Ceftriaxona 1g EV 1x/dia         | 9h      |                      |
|      | 8) HGT de 6/6 h e respir            | 9h      |                      |
|      | 9) PA 120/80 mmHg                   | 9h      |                      |
|      | 10) PA 120/80 mmHg                  | 9h      |                      |
|      | 11) PA 120/80 mmHg                  | 9h      |                      |
|      | 12) PA 120/80 mmHg                  | 9h      |                      |
|      | 13) PA 120/80 mmHg                  | 9h      |                      |

Dr. Welington Alves de Andrade  
CRM-80 172.189  
CPF 041.623.204-72

Dr. Welington Alves de Andrade  
CRM-80 172.189  
CPF 041.623.204-72

REC-095



**EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

| Paciente                  |      | Prontuário                                                                                                                                                                      | Ala      |       | Leito                                                                                                                                                                                                                                  | Enfermaria                                                      |
|---------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Rivaldo Gomes Vasconcelos |      |                                                                                                                                                                                 | NEUR     |       | 39                                                                                                                                                                                                                                     | DAUF 810                                                        |
| Data                      | Hora |                                                                                                                                                                                 | Data     | Hora  |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |
| 02.04.17                  | T    | pac. segue regulação, afebril, acionando, com melhora em VE, AP, MVA, benéfico em VE, AP, TAT; a seguir, iniciado por baixo do tat conduta fisio. MVA + MRP + AP + RS + O. Gama | 03.04.17 | 18:00 | Paciente evolui em E.G.P. acionando, afebril, eupneico em V.E. no ambiente físico Sedativo AP MVA em A.H.Tx S.O.A. CF: M.H.B. M.R.P. aspiração em T.O.T. Sedação e orientações                                                         | Dr. Alda Barbosa da Silva<br>FISIOTERAPEUTA<br>CREFITO 125170-F |
| 03.04.17                  | T    | Paciente E.G.P. mantendo, afebril, eutímico, com melhora em VE, AP, MVA, benéfico em VE, AP, TAT, com melhora de conduta fisio. MVA + MRP + AP + RS + O. Gama                   | 04.04.17 | M     | Paciente em E.G.P., acionando, eutímico, afebril, eupneico em VE (V.S.)/AP. Paciente foi autônomo no ambiente físico, com melhora em VE, AP, MVA, benéfico em VE, AP, TAT, com melhora de conduta fisio. MVA + MRP + AP + RS + O. Gama | Dr. Alda Barbosa da Silva<br>FISIOTERAPEUTA<br>CREFITO 46512-F  |
|                           |      |                                                                                                                                                                                 | 04.04.17 | T     | Paciente mantém o quadro clínico. Conduta mantida.                                                                                                                                                                                     | Dr. Alda Barbosa da Silva<br>FISIOTERAPEUTA                     |



**EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

| Paciente                   |      | Prontuário                                                                                                                                                   | Ala      | Leito | Enfermaria                                  |
|----------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------------------------------------|
| Rinaldo Gomes              |      |                                                                                                                                                              | Neuro    | -     | Unid                                        |
| Data                       | Hora |                                                                                                                                                              | Data     | Hora  |                                             |
| 05/04/19                   | 08   | Paciente evolui com EGR, com v. de desconfortabilidade pulmonar bilateral.                                                                                   | 05/04/19 | 14    | pac. de alta hospitalar com alta orientada. |
| Dr. João Cleber de Almeida |      | AP: MV, em AIT, e IRA.                                                                                                                                       |          |       |                                             |
| Fisioterapia / Osteopatia  |      | CP: MMB + MRP + O. gerais +                                                                                                                                  |          |       |                                             |
| CREFITO 15410-F            |      | sedução no leito.                                                                                                                                            |          |       |                                             |
| 06/04/19                   | 11   | Paciente mantém o quadro clínico estável e funcional.                                                                                                        |          |       |                                             |
|                            |      | Remédios mantidos.                                                                                                                                           |          |       |                                             |
|                            |      | Dr. Aldo Henrique de Almeida                                                                                                                                 |          |       |                                             |
|                            |      | CREFITO 4781-00                                                                                                                                              |          |       |                                             |
| 07/04/19                   | 14   | pac. segue regular, afecção, acionamento, esp. msc, consciência calada, gestos espontâneos e motos, teste "perceção" e efra, considero paciente em evolução. |          |       |                                             |
|                            |      | MRP + ERP + C. Gerais                                                                                                                                        |          |       |                                             |



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

**FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO**

HORA: 11h30 FC 90 FR 12 PA 120 PAM 120 SpO2 95 T 36

REAValiação: Paciente evoluiu com melhora da saturação de oxigênio, em 100% com oxigênio pelo nariz, sem necessidade de cateter.

AP: 2000 ml de oxigênio

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: P: PS: T: IE: FIO2: 60% FLUXO: SENS: FR: VM: CD: THB: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmama Exubação TRE TUV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: Cinesioterapia: Monitor Vent. Cest. Cdm: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: 115

Transporte: Rotina/intercorrelações: 100% O2 por 12h

HORA: 14h30 FC 90 FR 12 PA 120 PAM 120 SpO2 95 T 36

REAValiação: Paciente evoluiu com melhora da saturação de oxigênio, em 100% com oxigênio pelo nariz, sem necessidade de cateter.

AP: 2000 ml de oxigênio

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: P: PS: T: IE: FIO2: 60% FLUXO: SENS: FR: VM: CD: THB: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmama Exubação TRE TUV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: Cinesioterapia: Monitor Vent. Cest. Cdm: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: 115

Transporte: Rotina/intercorrelações: 100% O2 por 12h

NOME: Rinaldo Gomes

DATA: 12/03/19 SETOR: 103 R-02 LEITO: 16

H.D.: 103 R-02 IDADE: 47 ADMISSÃO: 03/03/19

HORA: 15h30 FC 90 FR 12 PA 120 PAM 120 SpO2 95 T 36

REAValiação: Paciente evoluiu com melhora da saturação de oxigênio, em 100% com oxigênio pelo nariz, sem necessidade de cateter.

AP: 2000 ml de oxigênio

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: P: PS: T: IE: FIO2: 60% FLUXO: SENS: FR: VM: CD: THB: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmama Exubação TRE TUV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: Cinesioterapia: Monitor Vent. Cest. Cdm: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: 115

Transporte: Rotina/intercorrelações: 100% O2 por 12h

HORA: 18h30 FC 90 FR 12 PA 120 PAM 120 SpO2 95 T 36

REAValiação: Paciente evoluiu com melhora da saturação de oxigênio, em 100% com oxigênio pelo nariz, sem necessidade de cateter.

AP: 2000 ml de oxigênio

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: P: PS: T: IE: FIO2: 60% FLUXO: SENS: FR: VM: CD: THB: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmama Exubação TRE TUV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: Cinesioterapia: Monitor Vent. Cest. Cdm: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: 115

Transporte: Rotina/intercorrelações: 100% O2 por 12h

| EXAME     | DATA     | HORA  | RESULTADO                                        |
|-----------|----------|-------|--------------------------------------------------|
| GAZO      | 12/03/19 | 15h30 | PH: 7,52 PaO2: 8,5 PCO2: 44,9 HCO3: 25,4 BE: 1,3 |
| GAZO      |          |       | PH: PaO2 PCO2 HCO3 BE                            |
| GAZO      |          |       | PH: PaO2 PCO2 HCO3 BE                            |
| HEMOGRAMA |          |       |                                                  |
| TOMOGRAMA |          |       |                                                  |
| RAIO X    |          |       |                                                  |
| OUTROS    |          |       |                                                  |

Observações: Paciente evoluiu com melhora da saturação de oxigênio, em 100% com oxigênio pelo nariz, sem necessidade de cateter.



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

**FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO**

HORA: 11/03/17 10:00 AM PA 116/84 PAM 100 SpO2 97

REAValiação: Pt acordado, lucido, orientado em PNV, mantendo VC e ER satisfatórias, secreções (pusúlo purulenta)

AP: MVG e drenos de tórax

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 470 PEEP: 6 PE: PS: 14

TI: IE: FIO2: 25% FLUXO: SENS: 4 FR: 15 VM:

CD: THS: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajusta de Cuf Troca de Filtro Desmame Exubação

TRE TIMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: prono a 45°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cost: Cópia: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

Transporte:

Rotina/Intervenções: PSV p 16

HORA: 11/03/17 10:00 AM PA 116/84 PAM 100 SpO2 97

REAValiação: Pt. Tórax bastante repleto, lucido, orientado em PNV

AP: MVG e drenos de tórax

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 470 PEEP: 6 PE: PS: 14

TI: IE: FIO2: 25% FLUXO: SENS: 4 FR: 15 VM:

CD: THS: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajusta de Cuf Troca de Filtro Desmame Exubação

TRE TIMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cost: Cópia: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

Transporte:

Rotina/Intervenções:

NOME: Rinaldo Gomes Marques

DATA: 24/03/17 SETOR: UTI ROSA LEITO: 36

H.D: L.E. IDADE: 47 ADMISSÃO: 02/03/17

HORA: 11/03/17 10:00 AM PA 116/84 PAM 100 SpO2 97

REAValiação: Pt. acordado, lucido, orientado em PNV, mantendo VC e ER satisfatórias, secreções (pusúlo purulenta)

AP: MVG e drenos de tórax

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 470 PEEP: 6 PE: PS: 14

TI: IE: FIO2: 25% FLUXO: SENS: 4 FR: 15 VM:

CD: THS: TEP TEP O2 VNI

Aspiração Ajusta de Cuf Troca de Filtro Desmame Exubação

TRE TIMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cost: Cópia: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

Transporte:

Rotina/Intervenções:

EXAME DATA HORA RESULTADO

GASO: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

GASO: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

GASO: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

KENOGRAMA:

TONOGRAMA:

RAIO X:

OUTROS:

Observações:



## Diagnóstico

trauma abdominal  
eches.

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.**

|          |                     |            |  |       |  |          |  |
|----------|---------------------|------------|--|-------|--|----------|--|
| Paciente | <i>Amélia Rocha</i> | Alojamento |  | Leito |  | Convênio |  |
|----------|---------------------|------------|--|-------|--|----------|--|

| Data | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                           | Horário | Evolução Médica                                                                                                    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>① Diet. 2000</p> <p>② 56a 51.13W<br/>57m 07x150 → 24h</p> <p>③ Cetazolin - 19.00 6/6h 24h 26</p> <p>④ Kausader 8mg + ARI<br/>→ 6/6h (51.13)</p> <p>⑤ Diphen - 200 7 ARI 20<br/>6/6h (11.13)</p> <p>⑥ 200 7 ARI 20<br/>→ 6/6h (11.13)</p> |         | <p>Paciente se encontra<br/>em 1º grau de ex-<br/>pulsão de líquido<br/>e de sangue carterio</p> <p>10/10/2010</p> |

W00, 031



# POLICLÍNICA<sup>®</sup> **PEMMA**

## LAUDO MÉDICO

Atento para as devidas fins que o Sr. Raimundo Gomes Marques, 47 anos, vítima de acidente de moto há 2 anos (SIC), fez traqueostomia, avaliou com estenose de traqueia, foi submetido a colocação de prótese traqueal.

Paciente com dificuldade de exercer suas atividades da vida diária por estenose da traqueia, o que leva a cansaço.

Necessita afastar-se de suas atividades laborais por tempo indeterminado.

CID: S170

Dr. Raiff Leite Soares  
Perito Médico

CRM-PB 9350 SAUDESEG

Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 9350 TEOT: 15943

\*Retorno até 15 dias

UNIDADES:  
JOÃO PESSOA / MANGABEIRA  
CAMPINA GRANDE / CENTRO  
SANTA RITA / TIBIRI

Central de Atendimento  
3023-8333  
98785.0272

- RAIO X / MAMOGRAFIA
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ENDOSCOPIA
- ECG / ECOCARDIOGRAMA
- PEQUENAS CIRURGIAS
- ULTRASSOM
- PAAF MAMA / TIREÓIDE
- CORE BIOPSY DE MAMA





## RECEITUÁRIO



Nome do Paciente

Rinaldo Gomes Marques

Data:

26/10/2019

Prontuário:

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias:

- PSF do  
seu bairro

- Secretaria  
de saúde  
do seu  
município

#

Urgências:

- SAMU  
192

- Corpo de  
Bombeiros  
193

### LAUDO MÉDICO

Atesta p/ os devidos fins, que  
o paciente Rinaldo Gomes Marques  
encontra-se impossibilitado p/ o  
exercício de atividades laborais.  
É portador de traqueostomia, reali-  
zada em regime de urgência p/ o  
manutenção de via aérea,  
consequência de intubação prolongada  
após politraumatismo.

CID-10 = J95.5, Z93.0.

Diego Arley Gomes da Silva  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 12119

Dr., MELHORE SUA LETRA:

APX

CNPJ - 15.126.437/0017-00

CAMPUS I - S/N - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 58050-000

Receituário Simples - 059-2011 - Reprografia

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE  
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero



| HULW                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                                                                                                                                                        | RESUMO DE ALTA<br>Referência e Contra referência- CCIH |  | EBSERH<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ESTADUAL |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|-----------|
| NOME: RINALDO GOMES MARQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                        | Nº PRONTUÁRIO: 5842383/1                               |  | Nº REG:                                   |           |
| IDADE: 47 ANOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SEXO: M | CSE:                                                                                                                                                                   | CLÍNICA: CIRURGIA TORÁCICA                             |  | ENF: 705                                  | LEITO: 03 |
| DATA DA EMISSÃO: 26/10/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                        | DATA DA ALTA: 26/10/2019                               |  | TEMPO DE PERMANÊNCIA: 02 DIAS             |           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: ESTENOSE TRAQUEAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  | CID 10:                                   |           |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ESTENOSE SUBGLÓTICA GRAU III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  | CID 10: J95.5                             |           |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: ---                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  | CID 10:                                   |           |
| PRINCIPAIS EXAMES: RX TORAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: BRONCOSCOPIA + DILATAÇÃO TRAQUEAL + TRAQUEOSTOMIA + TRAQUEOSCOPIA (24/10/2019) - DR. DANIEL PIRES + DRA. RAQUEL + MR2 ALEXANDRE MR1. DIEGO ARLEY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: CORTICOTERAPIA, NEBULIZAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA: ---                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| INFECÇÃO F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                                                                                                                                                                        | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO                     |  |                                           |           |
| RESULTADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| <p>PACIENTE COM HISTÓRICO DE ESTENOSE TRAQUEAL, HAVIA SIDO INTERNADO NESTE SERVIÇO NO INÍCIO DE OUTUBRO E ESTAVA EM USO DE PRÓTESE DE DUMONT. FOI SUBMETIDO A DOIS PROCEDIMENTOS PARA RETIRADA DA PRÓTESE, A PRIMEIRA SEM SUCESSO POR INTERCORRÊNCIA. A SEGUNDA COM SUCESSO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR, MAS RETORNOU APÓS DUAS SEMANAS NO AMBULATÓRIO COM DISPNEIA INTENSA E ESTRIDOR. FOI INTERNADO NOVAMENTE NESTE SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE BRONCOSCOPIA DE CONTROLE. FOI SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO, SOB ANESTESIA GERAL DURANTE O PROCEDIMENTO FOI EVIDENCIADA ESTENOSE SUBGLÓTICA GRAU III, REALIZADAS TENTATIVAS REPETIDAS DE DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA COM BALÃO E POSTERIORMENTE COM TUBO OROTRAQUEAL DE NUMERAÇÃO PROGRESSIVA, COM SUCESSO PARCIAL FOI OPTADA PELA REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS, E INSTAÇÃO DE CÂNULA PLÁSTICA NÚMERO 8. PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, SEM DISPNEIA, SEM NECESSIDADE DE ASPIRAÇÕES ALÉM DAS JÁ PROGRAMADAS. ENCONTRA-SE EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.</p> |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| DIETA: ORAL BRANDA HIPOSSÓDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                                                                        |                                                        |  |                                           |           |
| ORIENTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         | PRESCREVO PREDNISONA 20MG, 1 CP. VO 1X AO DIA, POR 7 DIAS<br>OBTENHA ASPIRADOR PARA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO PELA CÂNULA                                                  |                                                        |  |                                           |           |
| RETORNO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DE DR. DANIEL PIRES EM 7/11/2019                                                                                                            |                                                        |  |                                           |           |
| Data: 15/10/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         | <p>Diego Arley Gomes da Silva<br/>Médico Residente<br/>Cirurgia Torácica<br/>EBSERH</p> <p>MÉDICO RESIDENTE</p> <p>NR<br/>2019/10/26<br/>2019/10/26<br/>2019/10/26</p> |                                                        |  |                                           |           |



Rua Lindolfo Claudino - Inga



## RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Rinaldo Gomes Moraes

Data:

26/10/2019

Prontuário:

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias:

- PSF do  
seu bairro

- Secretaria  
de saúde  
do seu  
município

#

Urgências:

- SAMU  
192

- Corpo de  
Bombeiros  
193

uso oral contínuo

① Amlodipino 5mg — 30cp/mês  
Tomar 01 cp pela manhã

② Losartana 50 mg — 30cp/mês  
Tomar 01 cp pela manhã

Diego Arley Gomes da Silva  
Médico Residente  
Clínica Geral  
CRM-PE 12160

Dr., MELHORE SUA LETRA:

CNPJ - 15.126.437/0017-00

CAMPUS I - S/N - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 58050-000

Receituário Simples - 059-2011 - Reprografia

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE  
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero





## RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Rinaldo Gomes Marques

Data:

26 / 10 / 2019

Prontuário:

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias:

- PSF do  
seu bairro

- Secretaria  
de saúde  
do seu  
município

#

Urgências:

- SAMU  
192

- Corpo de  
Bombeiros  
193

USO ORAL

① Prednisona 20mg ——— 07 cp.  
Tomar 01 cp ao dia por  
7 dias.

Diego Arley Gomes da Silva  
Médico Residente  
Clínica Geral  
CRM 12150

Dr., MELHORE SUA LETRA:

CNPJ – 15.126.437/0017-00

CAMPUS I – S/N – CIDADE UNIVERSITÁRIA – CEP: 58050-000

Receituário Simples - 059-2011 - Reprografia

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE  
QUE UM PAÍS INTEIRO

#ZikaZero



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905251078500000026256301>

Número do documento: 19121905251078500000026256301

| HULW                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | RESUMO DE ALTA<br>Referência e Contra referência- CCIH |                            | EBSERH                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------|
| NOME: RINALDO GOMES MARQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | Nº PRONTUÁRIO: 5842383/1                               |                            | Nº REG:                       |           |
| IDADE: 47 ANOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SEXO: MASC | CSE:                                                   | CLÍNICA: CIRURGIA TORÁCICA | ENF: 707                      | LEITO: 01 |
| DATA DA ADMISSÃO: 25/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | DATA DA ALTA: 06/10/2019                               |                            | TEMPO DE PERMANÊNCIA: 12 DIAS |           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: ESTENOSE TRAQUEAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                        |                            | CID 10: J95.5                 |           |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ESTENOSE TRAQUEAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                        |                            | CID 10: J95.5                 |           |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: COLELITÍASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                        |                            | CID 10: K80.0                 |           |
| PRINCIPAIS EXAMES:<br>RX DE TÓRAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                        |                            |                               |           |
| CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:<br>BRONCOSCOPIA + LARINGOSCOPIA + 1ª TENTATIVA DE RETIRADA DE PRÓTESE DE DUMOND - 25/09/19: DR. DANIEL PIRES + MR2<br>LÁZARO MACEDO (PROCEDIMENTO ABORTADO POIS PRÓTESE SE APRESENTAVA BASTANTE ADERIDA)<br>BRONCOSCOPIA + RETIRADA DE PRÓTESE DE DUMOND - 03/10/19: DR DANIEL + MR2 PAULO                                                                                                                             |            |                                                        |                            |                               |           |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                        |                            |                               |           |
| DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA: --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                        |                            |                               |           |
| INFECÇÃO F.O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SIM        | NÃO X                                                  | COLETA DE MATERIAL         | SIM                           | NÃO X     |
| RESULTADO: ----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                        |                            |                               |           |
| CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORANDO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                        |                            |                               |           |
| RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                        |                            |                               |           |
| <p>PACIENTE SOFREU ACIDENTE HÁ 2 ANOS COM POLITRAUMAS, PASSANDO 20 DIAS ENTUBADOS ACARRETANDO EM UMA ESTENOSE TRAQUEAL, SENDO INSERIDO UMA PRÓTESE DE DUMOND. SE APRESENTOU NO SERVIÇO PARA RETIRADA DE PRÓTESE. NA PRIMEIRA TENTATIVA DO DIA 25/09/19 TEVE INSUCESSO, POIS PRÓTESE SE ENCONTRAVA MUITO ADERIDA. NO DIA 03/10/19 FOI SUBMETIDO NOVAMENTE AO PROCEDIMENTO, COM SUCESSO. PACIENTE APRESENTOU-SE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS.</p> |            |                                                        |                            |                               |           |
| ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                        |                            |                               |           |
| DIETA: ORAL BRANDA HIPOSSÓDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                        |                            |                               |           |
| ORIENTAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> <li>PRESCREVO CLENIL A 400MCG/ML 1X AO DIA EM NEBULIZAÇÃO.</li> <li>PRESCREVO PREDNISONA 20 MG POR 10 DIAS.</li> <li>PRESCRITO ANTI-HIPERTENSIVOS E SINTOMÁTICOS.</li> <li>PROCURAR IMEDIATAMENTE UNIDADE HOSPITALAR MAIS PRÓXIMA OU HULW EM CASO DE FALTA DE AR.</li> </ul>                                                                                                                               |            |                                                        |                            |                               |           |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: ----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                        |                            |                               |           |
| RETORNO: <p>RETORNO EM 2 SEMANAS PARA O AMBULATÓRIO DE DR. DANIEL PIRES<br/>MARCAR CONSULTA COM BREVIDADE PARA O AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL (PACIENTE COM COLELITÍASE) PARA PRÉ-OPERATÓRIO.</p>                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                        |                            |                               |           |

  
 Diego Arley Gomes da Silva  
 Médico Residente  
 Cirurgia Geral  
 CRM-33 47127









**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

NOME/MATRICULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                         | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                      | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Garfo dianteiro                      | X                           |     |    |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 4    | Coluna de direção                    | X                           |     |    |
| 5    | Chassi                               | X                           |     |    |
| 6    | Garfo traseiro                       | X                           |     |    |
| 7    | Eixo traseiro (triciclos)            |                             | X   |    |

TOTAL GERAL (SIM + NA):

4

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 24 de 29



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905251170600000026256303>

Número do documento: 19121905251170600000026256303



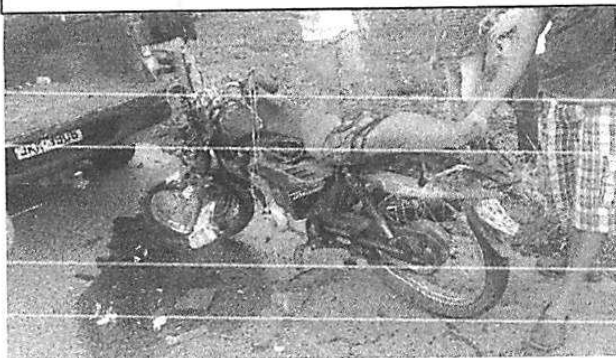
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



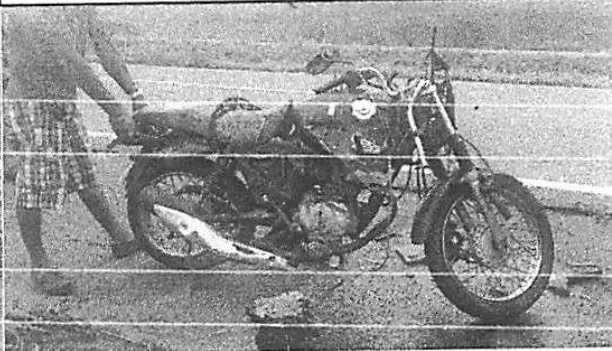
**PROTOCOLO:**  
17020231B01

**STATUS:**  
Encerrado

LATERAL ESQUERDA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / KGH8098 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

NOME/MATRICULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

| Item | Nome da Peça                           | Item danificado no acidente |     |    |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                        | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Painel corta-fogo                      |                             | X   |    |
| 2    | Longarina dianteira esquerda           |                             | X   |    |
| 3    | Caixa de roda dianteira esquerda       |                             | X   |    |
| 4    | Estrutura da soleira esquerda          |                             | X   |    |
| 5    | Air Bags Frontais                      |                             | X   |    |
| 6    | Air Bags Laterais                      |                             | X   |    |
| 7    | Estrutura da coluna dianteira esquerda |                             | X   |    |
| 8    | Estrutura da coluna central esquerda   |                             | X   |    |
| 9    | Estrutura da coluna traseira esquerda  |                             | X   |    |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |                             | X   |    |
| 11   | Assoalho central esquerdo              |                             | X   |    |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 25 de 29





16/12/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

**Seguradora  
LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180457590 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RINALDO GOMES MARQUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO RINALDO GOMES MARQUES

CPF/CNPJ: 01684362725

Posição em 16-12-2019 16:05:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                                | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23/03/2019    | PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO             |  ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xP__4H5m3pyOJw__fzGapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xP__4H5m3pyOJw__fzGapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=</a> ) |
| 14/03/2019    | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE           |  ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Tawy25mKYS8geluJ__api_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Tawy25mKYS8geluJ__api_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=</a> )   |
| 05/10/2018    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT        |  ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/T0u2oYFhP0n8OQoDLapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/T0u2oYFhP0n8OQoDLapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=</a> )     |
| 05/10/2018    | NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS |  ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6x0wjb041UqK2PNpwapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6x0wjb041UqK2PNpwapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__yei9Esi4HRMhOi117WjjQXk=</a> )     |

r.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/3



Assinado eletronicamente por: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - 19/12/2019 05:25:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121905251267000000026256305

Número do documento: 19121905251267000000026256305

Num. 27202642 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RINALDO GOMES MARQUES**

Nº Sinistro: **3180457590**

Vítima: **RINALDO GOMES MARQUES**

Data do Acidente: **01/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180457590**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13437450

Pag. 00463/00464 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020232



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RINALDO GOMES MARQUES  
Nº Sinistro: 3180457590  
Vítima: RINALDO GOMES MARQUES  
Data do Acidente: 01/03/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180457590**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Boletim de ocorrência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 0184701849 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13437408





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180457590      Vítima: RINALDO GOMES MARQUES

Data do Acidente: 01/03/2017      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0039300394 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050197



Carta nº 14039442





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180457590 Vítima: RINALDO GOMES MARQUES

Data do Acidente: 01/03/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RINALDO GOMES MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0045100452 - carta\_04 - INVALIDEZ

00070226



Carta nº 14092672



|                                                                                                                                         |                                                         |                                                 |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                        |                                                         | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>           |                                       |
| <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>                                                                                             |                                                         |                                                 |                                       |
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br><b>09.248.608/0001-04</b><br>MATRIZ                                                                              | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> |                                                 | DATA DE ABERTURA<br><b>10/12/2007</b> |
| NOME EMPRESARIAL<br><b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA</b>                                                             |                                                         |                                                 |                                       |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br>*****                                                                                   |                                                         |                                                 | PORTE<br><b>DEMAIS</b>                |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br><b>65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida (Não dispensada *)</b>  |                                                         |                                                 |                                       |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br><b>65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida (Não dispensada *)</b> |                                                         |                                                 |                                       |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br><b>205-4 - Sociedade Anônima Fechada</b>                                                     |                                                         |                                                 |                                       |
| LOGRADOURO<br><b>R DA ASSEMBLEIA</b>                                                                                                    | NÚMERO<br><b>100</b>                                    | COMPLEMENTO<br><b>ANDAR 26</b>                  |                                       |
| CEP<br><b>20.011-904</b>                                                                                                                | BAIRRO/DISTRITO<br><b>CENTRO</b>                        | MUNICÍPIO<br><b>RIO DE JANEIRO</b>              | UF<br><b>RJ</b>                       |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO<br><b>PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR</b>                                                                        |                                                         | TELEFONE<br><b>(21) 3861-4600</b>               |                                       |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br>*****                                                                                              |                                                         |                                                 |                                       |
| SITUAÇÃO CADASTRAL<br><b>ATIVA</b>                                                                                                      |                                                         | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br><b>10/12/2007</b> |                                       |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL                                                                                                            |                                                         |                                                 |                                       |
| SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****                                                                                                              |                                                         | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****              |                                       |

(\*) A dispensa de alvarás e licenças é direito do empreendedor que atende aos requisitos constantes na Resolução CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, ou da legislação própria encaminhada ao CGSIM pelos entes federativos, não tendo a Receita Federal qualquer responsabilidade quanto às atividades dispensadas.

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **18/12/2019** às **10:50:26** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



|                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via da parte) |                         |                                                              | <b>Número do boleto:</b><br>020.4.19.00514/01 |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>Comarca:</b><br>Inga | <b>Classe Processual:</b><br>ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65 | <b>Data de emissão:</b><br>19/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 020.2019.600514 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                       |                         |                                                              | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 2.533,00 <b>Promovente:</b> RINALDO GOMES MARQUES<br>- Taxa Judiciária: R\$ 750,00<br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01 <b>Promovido:</b><br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                 |                         |                                                              | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                         |                         |                                                              | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                              | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                              | <b>Valor total:</b><br>R\$ 3.297,36           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                              | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866300000324 973609283187 520191231023 041900514013<br>                                                                                                         |                         |                                                              | <b>Valor final:</b><br>R\$ 3.297,36           |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                              |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do processo) |                         |                                                              | <b>Número do boleto:</b><br>020.4.19.00514/01 |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Comarca:</b><br>Inga | <b>Classe Processual:</b><br>ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65 | <b>Data de emissão:</b><br>19/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 020.2019.600514 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                          |                         |                                                              | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Promovente:</b> RINALDO GOMES MARQUES <b>Promovido:</b>                                                                                                                                                                                          |                         |                                                              | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01<br>- Cartas: R\$ 13,01                                                                                                                                                            |                         |                                                              | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                              | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                              | <b>Valor total:</b><br>R\$ 3.297,36           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                              | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                              | <b>Valor final:</b><br>R\$ 3.297,36           |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do banco) |                         |                                                              | <b>Número do boleto:</b><br>020.4.19.00514/01 |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>Comarca:</b><br>Inga | <b>Classe Processual:</b><br>ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65 | <b>Data de emissão:</b><br>19/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 020.2019.600514 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                         |                         |                                                              | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 2.533,00 <b>Promovente:</b> RINALDO GOMES MARQUES<br>- Taxa Judiciária: R\$ 750,00<br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01 <b>Promovido:</b><br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                   |                         |                                                              | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                           |                         |                                                              | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              | <b>Valor total:</b><br>R\$ 3.297,36           |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866300000324 973609283187 520191231023 041900514013<br>                                                                                                         |                         |                                                              | <b>Valor final:</b><br>R\$ 3.297,36           |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 020.2019.600514

**Data Vencimento:** 31/12/2019

**Data Emissão:** 19/12/2019

**Comarca:** Inga

**Classe:** ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65

**Promovente:** RINALDO GOMES MARQUES

**Promovido:**

**Valor da Causa:** R\$ 50.000,00

**Despesas Processuais:** R\$ 13,01

**Custas:** R\$ 2.533,00

**Taxa:** R\$ 750,00

**Total da Guia:** R\$ 3.296,01

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE INGÁ**  
**1ª VARA MISTA**

---

**Processo número - 0801311-17.2019.8.15.0201**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO, SEGURO]

**AUTOR:** RINALDO GOMES MARQUES

Advogado do(a) AUTOR: WELIGTON ALVES DE ANDRADE - PB8808

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

---

**DESPACHO**

Vistos etc.

Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.

Mister, inicialmente, consignar que não será, neste primeiro momento, designada a audiência de conciliação prevista no art. 334, do NCPC, em virtude das medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (COVID-19) adotadas pelo Tribunal de Justiça, nos termos do Ato Normativo Conjunto nº 002/2020/TJPB/MPPB/DPE-PB/OBA/PB.

Cite-se por Carta com AR a parte demandada, para, querendo, contestar o pedido, no prazo de 15 dias, sob pena de revelia. Deve, na oportunidade, oferecer proposta de acordo e, caso se apresente disposto a comparecer à audiência conciliatória neste juízo, deve comunicar.

A parte autora será intimada por seu advogado, desta decisão.

Em homenagem aos princípios de economia e celeridade processuais, bem como do Provimento nº 08, da CGJ n. 24/10/2014, empresto a esta decisão **FORÇA DE CARTA DE CITAÇÃO**, o que dispensa a expedição de quaisquer outras diligências.

Ingá, 01 de abril de 2020.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

**RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO - Juíza de Direito**