



17/07/2020

Número: **0801311-17.2019.8.15.0201**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Ingá**

Última distribuição : **19/12/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RINALDO GOMES MARQUES (AUTOR)		WELIGTON ALVES DE ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32420639	17/07/2020 10:00	Contestação	Contestação
32422086	17/07/2020 10:00	2735052_CONTESTACAO_Anexo_021-email	Outros Documentos
32422549	17/07/2020 10:00	2735052_CONTESTACAO_Anexo_022	Outros Documentos

EM ANEXO





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RINALDO GOMES MARQUES

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: MOTORISTA

Identidade: 1.689.302 - SSP/PB CPF: 016.843.627-25

Endereço: Rua Joaquim Fausto de Oliveira, s/n, Bairro Cazuzinha II, CEP. 58.380-000, Ingá/PB

PROCURADOR/OUTORGADO:

Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: CORRETOR

Identidade: 1.381.455 - SSP/RN CPF: 026.864.664-30

Endereço: Rua Henrique Dias 370, Bairro da Conceição, Campina Grande/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante Procurador o Outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a QUALQUER SEGURADORA pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, (Correios, Sincor(s) e Corretores) a fim de encaminhar o pedido e receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao Outorgado poderes para assinar a Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário, assinar, dar quitação, substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima RINALDO GOMES MARQUES.

Ingá/PB, 31 de Outubro de 2017

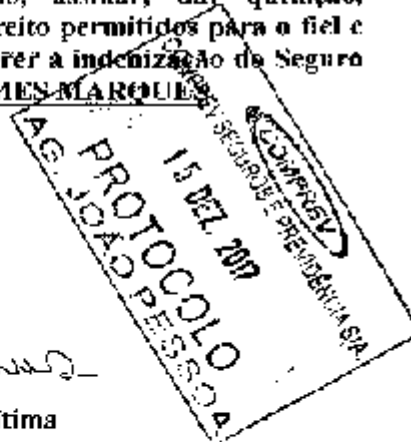
Local e data

Carimbo de Ofício

Rinaldo Gomes Marques

Assinatura do Outorgante/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)



“CARTEIRO 1º OFÍCIO DE INGA-PH”
Rua Prudente, 600 - Vila Prudente, São Paulo, SP - 05061-000
Fone: (11) 3061-1111 Fax: (11) 3061-1112 E-mail: c1@tjpb.jus.br

RECONHECIMENTO

Recebi em () de ()/ ()/2019, a seguinte(s) assinatura(s): Suelio Moreira Torres

☒ Autêntica

☐ Não autêntica

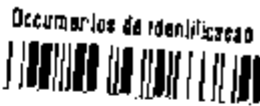
Selo Digital 4F692384-XM6V
Consulte a autenticidade em: <https://digital.tjpb.jus.br>





COMPREV
COMPREV SERVIÇOS E PREVIDÊNCIA S/A
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CONFEDERAÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição 2141 C1 Data de Inscrição 30.11.04 Via 1ª

Nome JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade Brasileira

Data de Nascimento 02.01.71 Naturalidade Campina Grande/PB

Filiação José Francisco de Medeiros

Joana D'arc Fernandes de Medeiros

Nº Céd. Ident./Órgão 1.381.455 TJP/RN Data Emissão 15.01.92

C.P.F./MF 026.864.664-30

Local/UF Natal/RN Data 14.01.05

Presidente

Diretor Secretário

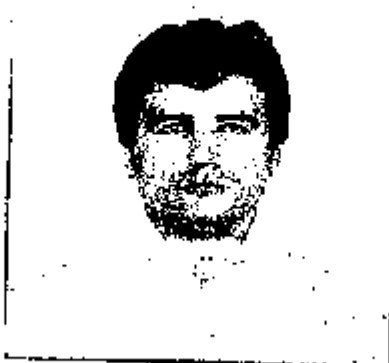
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES (Art. 1º da Lei nº 6.206 de 07/05)

CÉDULA DE IDENTIDADE

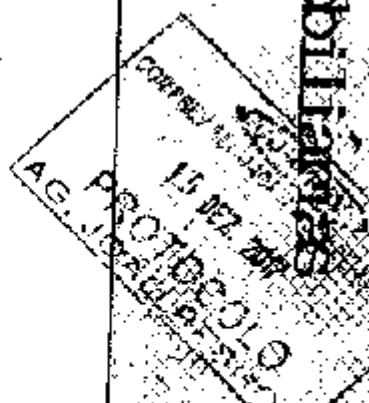
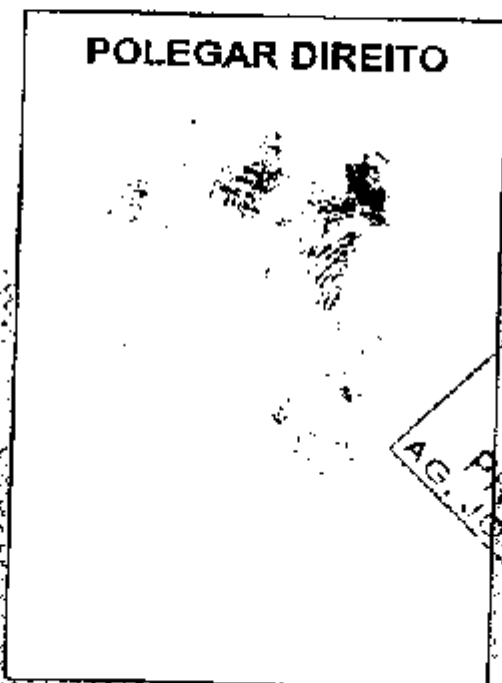
Formação Específica **Técnico em Transações Imobiliárias**
Habilitado na forma da lei nº 6.530 de 12 de maio de 1978

Expedido por **SENAC/RN**

Data da Diplomação **24.11.04**



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Portador

Jose Luiz Fernandes de Azevedo



CONDU-A

1. THE JACK OF
2. GRASSHOPPER
3. THE GRASSHOPPER

654-711-2200

Documentação médica - hospital



4. Mathematical Analysis 21 0-0706

Can't remember a 1 in 1000000

Students will be able to identify the

$$b_{\alpha_1, \alpha_2, \dots} =$$

[Handwritten signature]

[illegible]

White Pine Fil. III - 1907



[illegible]

El Estero Viejo a p. 22000
 Poblado segun a Carta de W. F. D.
 con poblacion de 10000 habitantes
 de donde se ha extraido, en su dia,
 1000000 de toneladas de carbón.
 Los rios de este lugar son de 10000
 metros de largo y de 10000 de ancho.
 En su curso.

[illegible]

לוח

COD: TISSUE SCIENCE
MOLECULAR CELL BIOLOGY
AND GENETICS
CELL PHYSIOLOGY AND METABOLISM
CELLULAR AND MOLECULAR BIOLOGY

1271501 1271501

4. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

1. Geschwindigkeit: $v_{\text{Wasser}} = 10 \text{ m/s}$ 2. Länge: $L = 300 \text{ m}$ 3. Innendurchmesser: $d = 100 \text{ mm}$ 4. Volumen: $V = 2356 \text{ m}^3$	5. Masse: $m = 1915 \text{ t}$ 6. Volumen: $V = 2356 \text{ m}^3$ 7. Masse: $m = 1915 \text{ t}$
--	--

5. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

6. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

7. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

8. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

9. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

10. Ein 300 m langes Rohr mit einem Innendurchmesser von 100 mm ist mit Wasser gefüllt.

[illegible]

Paciente: Ronaldinho Gomes UT
Data: 21/07/2020

Notas sobre a evolução da Doença. Complicações: Des. Coronária. Mudança de Localização, complicações do ser de alta, mudanças do Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a faz.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
21/07/2020	Admissão: 1. História clínica: paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação crônica. 2. Exame físico: FC 100 bpm, PA 160/90 mmHg, SpO2 92% em ar ambiente. 3. Exame de laboratório: Hemograma com anemia moderada, creatinina elevada. 4. Exame de imagem: Ecocardiograma com disfunção ventricular esquerda. Conduta: 1. Monitorização contínua de sinais vitais. 2. Administração de medicação conforme prescrição. 3. Realização de exames de laboratório e de imagem conforme necessidade.	

[Handwritten notes and signatures]

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
21/07/2020	Admissão: 1. História clínica: paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação crônica. 2. Exame físico: FC 100 bpm, PA 160/90 mmHg, SpO2 92% em ar ambiente. 3. Exame de laboratório: Hemograma com anemia moderada, creatinina elevada. 4. Exame de imagem: Ecocardiograma com disfunção ventricular esquerda. Conduta: 1. Monitorização contínua de sinais vitais. 2. Administração de medicação conforme prescrição. 3. Realização de exames de laboratório e de imagem conforme necessidade.	

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA INTERNA PONTAL Z GONÇALVES RIBEIRO

Paciente: UT - ROSA IDADE: 42 CUI: 100 Data: 21/07/2020

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO:

- 1. Insuficiência cardíaca congestiva.
- 2. Anemia moderada.
- 3. Hipertensão arterial sistêmica.

CONDUTA:

- 1. Monitorização contínua de sinais vitais.
- 2. Administração de medicação conforme prescrição.
- 3. Realização de exames de laboratório e de imagem conforme necessidade.



NOME: RINALDO GOMES MARIANI		PRONTUÁRIO: 139313		
UTI - ROSA	INAM	47	DUY	228
				SP-16

[Signature] [Signature] [Signature]
 [Signature] [Signature] [Signature]

Notas sobre a Evolução de Doenças. Com ilustrações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições de seriedade. Atualizações e Mudanças de Doenças. Uma abordagem por assunto para profissionais que a fez.

[illegible]

GOVERN
DE PARAGUAY

NAME	DATE
<u>Philippe Goss</u>	<u>11 MAR 1971</u>
<u>UTL</u>	SEX <u>MALE</u> AGE <u>18</u> HT <u>5'7</u> WT <u>160</u>

Atenção sobre a evolução de Doença, Complicações, Análise, mudança de diagnóstico, condições ou ser class. Alta, Instituição do Paciente cobrindo toda evolução ser assinalada pelo profissional que o faz.

[illegible][illegible]

22 من

CD - $\text{D}_{25} 1.54$ centes.

- Programas 2da y 3ra vez
- Planificación de la 3ra vez
a. día de la vida

1-10-1964 (10-11-64) 10-11-64
1-10-1964 (10-11-64) 10-11-64
1-10-1964 (10-11-64) 10-11-64

[illegible]

TRANSMISSION LINE DISTANCE
CABLE NO. 10



COMPROMISSO DE PREVIDENCIA S/A
15 DEZ. 2017
AC. PROTOCOLO
AC. PROTOCOLO

64

10/10/10

100







GOVERNO DA PARANÁ
HOSPITAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOES
UTI ROSA

LEITO 16

RENALDO GOMES MARQUES

15 DEZ. 2017

PROTÓCOLO

15 DEZ. 2017

GOVERNO DA PARANÁ
HOSPITAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOES
UTI ROSA

LEITO 16

RENALDO GOMES MARQUES

15 DEZ. 2017

PROTÓCOLO

15 DEZ. 2017

GOVERNO DA PARANÁ
HOSPITAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOES
UTI ROSA

LEITO 16

RENALDO GOMES MARQUES

15 DEZ. 2017

PROTÓCOLO

15 DEZ. 2017

GOVERNO DA PARANÁ
HOSPITAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOES
UTI ROSA

LEITO 16

RENALDO GOMES MARQUES

15 DEZ. 2017

PROTÓCOLO

15 DEZ. 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA

DISCIPLINA: MATEMÁTICA II

PROFESSOR: DR. JOÃO CARLOS DE MELLO

ALUNO: []

DATA: []

PROVA DE MATEMÁTICA II

DATA: []

PROFESSOR: DR. JOÃO CARLOS DE MELLO

ALUNO: []

DATA: []

Nº	ENUNCIADO	RESPOSTA	NOTA	TOTAL
1	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f'(x)$.			
2	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f''(x)$.			
3	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f'''(x)$.			
4	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(4)}(x)$.			
5	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(5)}(x)$.			
6	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(6)}(x)$.			
7	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(7)}(x)$.			
8	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(8)}(x)$.			
9	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(9)}(x)$.			
10	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(10)}(x)$.			
11	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(11)}(x)$.			
12	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(12)}(x)$.			
13	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(13)}(x)$.			
14	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(14)}(x)$.			
15	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(15)}(x)$.			
16	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(16)}(x)$.			
17	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(17)}(x)$.			
18	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(18)}(x)$.			
19	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(19)}(x)$.			
20	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(20)}(x)$.			
21	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(21)}(x)$.			
22	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(22)}(x)$.			
23	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(23)}(x)$.			
24	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(24)}(x)$.			
25	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(25)}(x)$.			
26	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(26)}(x)$.			
27	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(27)}(x)$.			
28	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(28)}(x)$.			
29	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(29)}(x)$.			
30	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(30)}(x)$.			
31	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(31)}(x)$.			
32	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(32)}(x)$.			
33	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(33)}(x)$.			
34	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(34)}(x)$.			
35	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(35)}(x)$.			
36	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(36)}(x)$.			
37	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(37)}(x)$.			
38	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(38)}(x)$.			
39	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(39)}(x)$.			
40	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(40)}(x)$.			
41	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(41)}(x)$.			
42	Seja $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ definida por $f(x) = x^2 + 1$. Calcule $f^{(42)}(x)$.			
43	Seja $f: \mathbb{$			

[illegible]

PAPER CLIP
 Point to your pin, no location,
 It's like some kid's coffee and me
 Taster now puts a dinner-
 including

(The)

Pacific Northwest
 1946-53
 1950-53
 1954-55

[illegible]

64





09/02/17 (p. 34) Recebido e encaminhado para o Ministério da Saúde, para análise e emissão de parecer, em 09/02/17, às 14h.

09/02/17 às 14h00

09/02/17

09/02/17

09

Diagnóstico

SECRETARIA DE SAÚDE
INSTITUTO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROVA DE RESPOSTA

Problema	Resposta	Assinatura	Assinatura
1. O que é a síndrome de Sjögren?	Doença autoimune crônica que afeta as glândulas exócrinas, principalmente as glândulas salivares e lacrimais.		
2. Quais são os sintomas principais da síndrome de Sjögren?	Secura ocular, boca seca, tosse seca, fadiga, dor articular, entre outros.		
3. Como é feito o diagnóstico da síndrome de Sjögren?	Exame clínico, testes de Schirmer, testes de sialometria, exames de sangue (anticorpos anti-SSA e anti-SSB), biópsia de lábio menor.		
4. Quais são os tratamentos disponíveis para a síndrome de Sjögren?	Tratamento sintomático com lágrimas artificiais, saliva artificial, medicamentos para estimular a produção de saliva e lacrimas.		
5. Qual é a importância da prevenção na síndrome de Sjögren?	Prevenir complicações como infecções, doenças sistêmicas e danos permanentes às glândulas.		

Diagnóstico

SECRETARIA DE SAÚDE
INSTITUTO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROVA DE RESPOSTA

Problema	Resposta	Assinatura	Assinatura
1. O que é a síndrome de Sjögren?	Doença autoimune crônica que afeta as glândulas exócrinas, principalmente as glândulas salivares e lacrimais.		
2. Quais são os sintomas principais da síndrome de Sjögren?	Secura ocular, boca seca, tosse seca, fadiga, dor articular, entre outros.		
3. Como é feito o diagnóstico da síndrome de Sjögren?	Exame clínico, testes de Schirmer, testes de sialometria, exames de sangue (anticorpos anti-SSA e anti-SSB), biópsia de lábio menor.		
4. Quais são os tratamentos disponíveis para a síndrome de Sjögren?	Tratamento sintomático com lágrimas artificiais, saliva artificial, medicamentos para estimular a produção de saliva e lacrimas.		
5. Qual é a importância da prevenção na síndrome de Sjögren?	Prevenir complicações como infecções, doenças sistêmicas e danos permanentes às glândulas.		

© 2000 Blackwell Science Ltd

DATE	2020/03/04	TIME	10:00
NAME	[REDACTED]		
ADDRESS	[REDACTED]		
TEL	[REDACTED]		
MAIL	[REDACTED]		
REMARKS	[REDACTED]		

SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA REFORMAÇÃO DE SAUDE

UNIDADE DE SAUDE
NOME DO DOENTE: _____
NOME DO MEDICO: _____
NOME DO ENFERMEIRO: _____
NOME DO DENTISTA: _____
NOME DO FISIOTERAPEUTA: _____
NOME DO NUTRICIONISTA: _____
NOME DO PSICOPEDAGOGO: _____
NOME DO PSICOLOGO: _____
NOME DO FARMACOLOGO: _____
NOME DO ODONTOLOGO: _____
NOME DO RADIOLOGISTA: _____
NOME DO PATOLOGISTA: _____
NOME DO CITOPATOLOGISTA: _____
NOME DO MICROSCOPISTA: _____
NOME DO LABORATORISTA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PUBLICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE COMUNITARIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE OCUPACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE AMBIENTAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PREVENTIVA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PROMOCIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE EDUCACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE INVESTIGACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE GERENCIAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE ADMINISTRATIVA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE LEGAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE HISTORICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CULTURAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE ARQUITETURA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE DESIGN: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MODA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CULINARIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE DEBATE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE JORNALISMO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE RADIOFONIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE TELEVISAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CINEMA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE TEATRO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MUSICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE DANCA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE LUTRAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MAQUILAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE UNHA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CABELO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE OLHOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE ORELHAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE BOCA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE NARIZ: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE GARGANTA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PESCOÇO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE TORSAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE BRAÇOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MÃOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE JOGOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PERNAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PÉS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE DENTES: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE GUMAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE LINGUAGENS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE VOZ: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE AUDIÇÃO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE EQUILIBRIO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE COORDENACAO MOTORA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE PERCEPCAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MEMORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE ATENCAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE RACAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE MATEMATICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS EXATAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA TERRA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA VIDA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA SAUDE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA SOCIEDADE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA HUMANIDADE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA NATUREZA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA TECNOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ARTE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA CULTURA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA HISTORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA GEOGRAFIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ECONOMIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA POLITICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA DIREITO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA MEDICINA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ENFERMAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA DENTISTIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA FISIOTERAPIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA NUTRICAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA PSICOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA PSICOPEDAGOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA FARMACOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ODONTOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA RADIOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA PATOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA CITOPATOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA MICROSCopia: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA LABORATORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PUBLICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE COMUNITARIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE OCUPACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE AMBIENTAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PREVENTIVA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PROMOCIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE EDUCACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE INVESTIGACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE GERENCIAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE ADMINISTRATIVA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE LEGAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE HISTORICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CULTURAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE ARQUITETURA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE DESIGN: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MODA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CULINARIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE DEBATE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE JORNALISMO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE RADIOFONIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE TELEVISAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CINEMA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE TEATRO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MUSICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE DANCA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE LUTRAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MAQUILAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE UNHA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CABELO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE OLHOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE ORELHAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE BOCA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE NARIZ: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE GARGANTA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PESCOÇO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE TORSAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE BRAÇOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MÃOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE JOGOS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PERNAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PÉS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE DENTES: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE GUMAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE LINGUAGENS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE VOZ: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE AUDIÇÃO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE EQUILIBRIO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE COORDENACAO MOTORA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PERCEPCAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MEMORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE ATENCAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE RACAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE MATEMATICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS EXATAS: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA TERRA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA VIDA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA SAUDE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA SOCIEDADE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA HUMANIDADE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA NATUREZA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA TECNOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ARTE: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA LINGUAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA CULTURA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA HISTORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA GEOGRAFIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ECONOMIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA POLITICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA DIREITO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA MEDICINA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ENFERMAGEM: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA DENTISTIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA FISIOTERAPIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA NUTRICAO: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA PSICOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA PSICOPEDAGOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA FARMACOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ODONTOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA RADIOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA PATOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA CITOPATOLOGIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA MICROSCopia: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA LABORATORIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PUBLICA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE COMUNITARIA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE OCUPACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE AMBIENTAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PREVENTIVA: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE PROMOCIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE EDUCACIONAL: _____
NOME DO ANALISTA DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE CIENCIAS DA ANALISE DE SAUDE INVESTIGACIONAL: _____

[illegible]

15 DEZ 2007
COMPROV. RESOLUÇÃO DE PENDENCIA SIA
AS PROTOCOLO
1070 P. 1



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: ROBERTO GOMES LOPES Data: 17/07/2020 Hora: 10:00

Procedimento: COLELITOMIA

Indicação: COLELITOLITIA

Condição: BOA

Medicamentos: ANESTESIA

Observações: COLELITOLITIA

LAUDO DE EXAME

Paciente: ROBERTO GOMES LOPES Data: 17/07/2020 Hora: 10:00

Procedimento: COLELITOMIA

Indicação: COLELITOLITIA

Condição: BOA

Medicamentos: ANESTESIA

Observações: COLELITOLITIA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente: ROBERTO GOMES LOPES Data: 17/07/2020 Hora: 10:00

Procedimento: COLELITOMIA

Indicação: COLELITOLITIA

Condição: BOA

Medicamentos: ANESTESIA

Observações: COLELITOLITIA

Diagnóstico

Paciente: ROBERTO GOMES LOPES Data: 17/07/2020 Hora: 10:00

Procedimento: COLELITOMIA

Indicação: COLELITOLITIA

Condição: BOA

Medicamentos: ANESTESIA

Observações: COLELITOLITIA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

DIAGNÓSTICO

PROCESSO Nº 20071710004795500000031059819

DATA: 17/07/2020

LOCAL: 1ª TURMA

RELAÇÃO DE PONTUAÇÃO

Item	Enunciado	Resposta	Pontuação
01	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
02	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
03	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
04	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
05	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
06	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
07	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
08	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
09	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
10	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

DIAGNÓSTICO

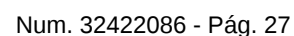
PROCESSO Nº 20071710004795500000031059819

DATA: 17/07/2020

LOCAL: 1ª TURMA

RELAÇÃO DE PONTUAÇÃO

Item	Enunciado	Resposta	Pontuação
01	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
02	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
03	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
04	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
05	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
06	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
07	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
08	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
09	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0
10	Assinale a alternativa correta em relação ao processo de execução penal.	Alternativa B	1,0



Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48
Local: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - João Pessoa - PB
Cidade: JOÃO PESSOA
Estado: PB
CEP: 53010-000
Telefone: (31) 3212-1234
E-mail: contato@hospitaltrauma.pb.gov.br

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES



RESUMO DE ALTA
(REMANÉSCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48
Local: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

1. História clínica (anamnese e exame físico):
Paciente com trauma por queda de altura, sem lesões visíveis.
2. História de doenças crônicas:
Nenhuma.
3. Exatidão dos dados:
Sintomas de dor no local da queda.
4. Exatidão dos dados:
Exatidão dos dados.
5. Exatidão dos dados:
Exatidão dos dados.
6. Exatidão dos dados:
Exatidão dos dados.
7. Exatidão dos dados:
Exatidão dos dados.

Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48
Local: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Exame	Resultado	Observações
Exame físico	Normal	
Exame de urina	Normal	
Exame de sangue	Normal	
Exame de fezes	Normal	
Exame de secreções	Normal	
Exame de outros	Normal	

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES



Formulário de atendimento com campos para: Nome, Data, Hora, Local, Exame, Resultado, Observações. Inclui também uma seção para "Protocolo de Atendimento" com campos para: Nome do paciente, Data, Hora, Local, Exame, Resultado, Observações.



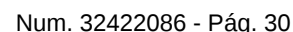
© 2000 by Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

www.1461.org.uk



Publads - K.51.5713 18.31 Piche 3

EX-100 : 0 2 1 2 1 7 3 9 1 - 2 4 1 2 1 - 1



Paciente: ALEXANDRE GONCALVES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00
Método: ELISA
Resultado: 0,88 ng/mL

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020

Paciente: ALEXANDRE GONCALVES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00
Método: ELISA
Resultado: 0,88 ng/mL

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020



Paciente: ALEXANDRE GONCALVES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00
Método: ELISA
Resultado: 0,88 ng/mL

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

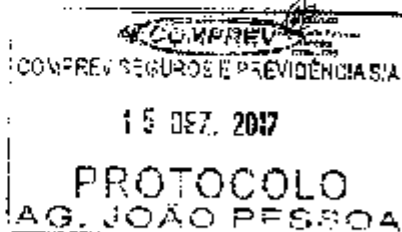
Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020

Paciente: ALEXANDRE GONCALVES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00
Método: ELISA
Resultado: 0,88 ng/mL

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

TESTE	RESULTADO	UNIDADE	INTERPRETAÇÃO
ELISA	0,88	ng/mL	Positivo

Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020



Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
1	Exame de Urina	1,00	Unidade	1	1,00
2	Exame de Sangue	2,00	Unidade	1	2,00
3	Exame de Fezes	1,00	Unidade	1	1,00
4	Exame de Líquido Cefalorraquidiano	1,00	Unidade	1	1,00
5	Exame de Líquido Sinovial	1,00	Unidade	1	1,00
6	Exame de Líquido Peritoneal	1,00	Unidade	1	1,00
7	Exame de Líquido Pleural	1,00	Unidade	1	1,00
8	Exame de Líquido Amniótico	1,00	Unidade	1	1,00
9	Exame de Líquido Cerebrospinal	1,00	Unidade	1	1,00
10	Exame de Líquido Articular	1,00	Unidade	1	1,00

Assinado eletronicamente por: SUELO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48

Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
1	Exame de Urina	1,00	Unidade	1	1,00
2	Exame de Sangue	2,00	Unidade	1	2,00
3	Exame de Fezes	1,00	Unidade	1	1,00
4	Exame de Líquido Cefalorraquidiano	1,00	Unidade	1	1,00
5	Exame de Líquido Sinovial	1,00	Unidade	1	1,00
6	Exame de Líquido Peritoneal	1,00	Unidade	1	1,00
7	Exame de Líquido Pleural	1,00	Unidade	1	1,00
8	Exame de Líquido Amniótico	1,00	Unidade	1	1,00
9	Exame de Líquido Cerebrospinal	1,00	Unidade	1	1,00
10	Exame de Líquido Articular	1,00	Unidade	1	1,00

Assinado eletronicamente por: SUELO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48

Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
1	Exame de Urina	1,00	Unidade	1	1,00
2	Exame de Sangue	2,00	Unidade	1	2,00
3	Exame de Fezes	1,00	Unidade	1	1,00
4	Exame de Líquido Cefalorraquidiano	1,00	Unidade	1	1,00
5	Exame de Líquido Sinovial	1,00	Unidade	1	1,00
6	Exame de Líquido Peritoneal	1,00	Unidade	1	1,00
7	Exame de Líquido Pleural	1,00	Unidade	1	1,00
8	Exame de Líquido Amniótico	1,00	Unidade	1	1,00
9	Exame de Líquido Cerebrospinal	1,00	Unidade	1	1,00
10	Exame de Líquido Articular	1,00	Unidade	1	1,00

Assinado eletronicamente por: SUELO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48

Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
1	Exame de Urina	1,00	Unidade	1	1,00
2	Exame de Sangue	2,00	Unidade	1	2,00
3	Exame de Fezes	1,00	Unidade	1	1,00
4	Exame de Líquido Cefalorraquidiano	1,00	Unidade	1	1,00
5	Exame de Líquido Sinovial	1,00	Unidade	1	1,00
6	Exame de Líquido Peritoneal	1,00	Unidade	1	1,00
7	Exame de Líquido Pleural	1,00	Unidade	1	1,00
8	Exame de Líquido Amniótico	1,00	Unidade	1	1,00
9	Exame de Líquido Cerebrospinal	1,00	Unidade	1	1,00
10	Exame de Líquido Articular	1,00	Unidade	1	1,00

Assinado eletronicamente por: SUELO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48

COMPREV SEQUROS E PREVIDENCIA S/A
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Paciente: **RENATO LUIZ MOREIRA TORRES** Idade: **41 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Local: **HOSPITAL DE TRAUMAS COM LUIS DIONÍSIO FERNANDES** Data: **15/12/2017** Hora: **10:00**

EXAME FÍSICO		Observações
Estado Geral	Estável	
Temperatura	36,4°C	
Frequência Cardíaca	78 bpm	
Frequência Respiratória	18 rpm	
Pressão Arterial	120/80 mmHg	
Saturação de O ₂	98%	
Reflexos	Preservados	
Força Muscular	Preservada	
Equilíbrio	Preservado	
Coordenação	Preservada	
Estado Mental	Alerta	

Observações: Exame físico sem alterações significativas.

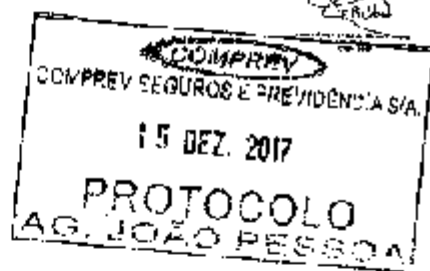
[Assinatura]
Dr. Renato L. M. Torres



Paciente: **RENATO LUIZ MOREIRA TORRES** Idade: **41 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Local: **HOSPITAL DE TRAUMAS COM LUIS DIONÍSIO FERNANDES** Data: **15/12/2017** Hora: **10:00**

EXAME FÍSICO		Observações
Estado Geral	Estável	
Temperatura	36,4°C	
Frequência Cardíaca	78 bpm	
Frequência Respiratória	18 rpm	
Pressão Arterial	120/80 mmHg	
Saturação de O ₂	98%	
Reflexos	Preservados	
Força Muscular	Preservada	
Equilíbrio	Preservado	
Coordenação	Preservada	
Estado Mental	Alerta	

Observações: Exame físico sem alterações significativas.



Paciente: **RENATO LUIZ MOREIRA TORRES** Idade: **41 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Local: **HOSPITAL DE TRAUMAS COM LUIS DIONÍSIO FERNANDES** Data: **15/12/2017** Hora: **10:00**

EXAME FÍSICO		Observações
Estado Geral	Estável	
Temperatura	36,4°C	
Frequência Cardíaca	78 bpm	
Frequência Respiratória	18 rpm	
Pressão Arterial	120/80 mmHg	
Saturação de O ₂	98%	
Reflexos	Preservados	
Força Muscular	Preservada	
Equilíbrio	Preservado	
Coordenação	Preservada	
Estado Mental	Alerta	

Observações: Exame físico sem alterações significativas.

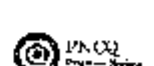
[Assinatura]
Dr. Renato L. M. Torres



Paciente: **RENATO LUIZ MOREIRA TORRES** Idade: **41 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Local: **HOSPITAL DE TRAUMAS COM LUIS DIONÍSIO FERNANDES** Data: **15/12/2017** Hora: **10:00**

EXAME FÍSICO		Observações
Estado Geral	Estável	
Temperatura	36,4°C	
Frequência Cardíaca	78 bpm	
Frequência Respiratória	18 rpm	
Pressão Arterial	120/80 mmHg	
Saturação de O ₂	98%	
Reflexos	Preservados	
Força Muscular	Preservada	
Equilíbrio	Preservado	
Coordenação	Preservada	
Estado Mental	Alerta	

Observações: Exame físico sem alterações significativas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: 000011000
Data: 24/07/2020
Idade: 41 anos
Sexo: M
Profissão: M

UNIDADE:
Endereço: Rua ... 33/3071
Prontuário: ...
Exames: ...
Resultados: ...

Observações: ...

Assinatura: ...

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: 000011000
Data: 24/07/2020
Idade: 41 anos
Sexo: M
Profissão: M

UNIDADE:
Endereço: ...
Prontuário: ...
Exames: ...
Resultados: ...

Observações: ...

Assinatura: ...



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: 000011000
Data: 24/07/2020
Idade: 41 anos
Sexo: M
Profissão: M

UNIDADE:
Endereço: ...
Prontuário: ...
Exames: ...
Resultados: ...

Observações: ...

Assinatura: ...

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: 000011000
Data: 24/07/2020
Idade: 41 anos
Sexo: M
Profissão: M

UNIDADE:
Endereço: ...
Prontuário: ...
Exames: ...
Resultados: ...

Observações: ...

Assinatura: ...



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS
Sistema Único de Saúde

DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: SUELIO MOREIRA TORRES
Nº: 170004795500000031059819
DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS
Sistema Único de Saúde

DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: SUELIO MOREIRA TORRES
Nº: 170004795500000031059819
DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS
Sistema Único de Saúde

DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: SUELIO MOREIRA TORRES
Nº: 170004795500000031059819
DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

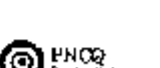
[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS
CONDOMÍNIO FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS
Sistema Único de Saúde

DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: SUELIO MOREIRA TORRES
Nº: 170004795500000031059819
DATA: 17/07/2020
HORA: 10:00:48
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



END: RUA DE ABRIL, 1000 - JARDIM ARAUCÁRIA - BELÉM - PA - CEP: 66090-000
FONE: (91) 3211-0000 FAX: (91) 3211-0000 E-MAIL: labclin@saude.pa.gov.br

EXAME: HEMOGRAFIA COM PLACAS

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L

Observações: Hemograma completo com esfregaço.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

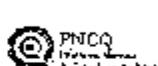
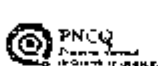
END: RUA DE ABRIL, 1000 - JARDIM ARAUCÁRIA - BELÉM - PA - CEP: 66090-000
FONE: (91) 3211-0000 FAX: (91) 3211-0000 E-MAIL: labclin@saude.pa.gov.br

EXAME: HEMOGRAFIA COM PLACAS

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L

Observações: Hemograma completo com esfregaço.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES



END: RUA DE ABRIL, 1000 - JARDIM ARAUCÁRIA - BELÉM - PA - CEP: 66090-000
FONE: (91) 3211-0000 FAX: (91) 3211-0000 E-MAIL: labclin@saude.pa.gov.br

EXAME: HEMOGRAFIA COM PLACAS

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L

Observações: Hemograma completo com esfregaço.

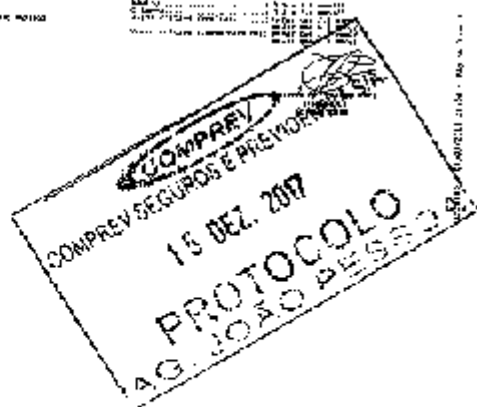
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

END: RUA DE ABRIL, 1000 - JARDIM ARAUCÁRIA - BELÉM - PA - CEP: 66090-000
FONE: (91) 3211-0000 FAX: (91) 3211-0000 E-MAIL: labclin@saude.pa.gov.br

EXAME: HEMOGRAFIA COM PLACAS

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	12,40 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	37,0 %	37,0 - 47,0 %
Hemácias	4,2 x 10 ¹² /L	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /L

Observações: Hemograma completo com esfregaço.



PREF. MUNICÍPIO DE JARAGUÁ
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

RELACIONE ATENDIMENTOS
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE INFÂNCIA DE JARAGUÁ
CONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: JARAGUÁ, JARAGUÁ, JARAGUÁ
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

RELACIONE ATENDIMENTOS
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES



PREF. MUNICÍPIO DE JARAGUÁ
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

RELACIONE ATENDIMENTOS
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE INFÂNCIA DE JARAGUÁ
CONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: JARAGUÁ, JARAGUÁ, JARAGUÁ
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

RELACIONE ATENDIMENTOS
Data: 17/07/2020
Assinado: SUELIO MOREIRA TORRES

15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
42. JOAO PESSOA



84



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Rafaela Costa Idade: 20/05
Exame: Ving. G. 1 Data: 04/12/2017
Método de imagem: Eco

RELATÓRIO

Acidente com queda de Lâmina (Pneumotórax
Hemático) no Glúteo

CONCLUSÃO

Complexo Glúteo, R. 12, de 12

Suelio Moreira Torres
Assistente em Radiologia Médica

CRP 106792/2005 - RJ
End. Av. Paraisópolis, 140 - 540.000 - Tel. (011) 9161.5101 Fax (011) 9162.1171 - (050) 30.05.004
CEP 05.110-00 - Lins do Rocio - SP

Nome: RAFAEL GONCALVES Idade: 20/05
Exame: VING. G. 1 Data: 04/12/2017
Método de imagem: Eco

EXAME: VING. G. 1
OBJETIVO: Verificar a presença de líquido livre no espaço pleural.
RESULTADO: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.
COMENTÁRIOS: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.
CONCLUSÃO: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.

Nome: RAFAEL GONCALVES Idade: 20/05
Exame: VING. G. 1 Data: 04/12/2017
Método de imagem: Eco

EXAME: VING. G. 1
OBJETIVO: Verificar a presença de líquido livre no espaço pleural.
RESULTADO: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.
COMENTÁRIOS: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.
CONCLUSÃO: Verificada a presença de líquido livre no espaço pleural, compatível com pneumotórax hemático.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
15 DEZ. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS CLÍNICOS
CONDOMÍNIO PERNAMBUCO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO: HEMOGLOBINÓMETRIA
EXAME: HEMOGLOBINÓMETRIA
RESULTADO: 12,5 g/dL
UNIDADE: g/dL
INTERPRETAÇÃO: HEMOGLOBINÓMETRIA
COMENTÁRIOS: HEMOGLOBINÓMETRIA
ASSINATURA: [Assinatura]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS CLÍNICOS
CONDOMÍNIO PERNAMBUCO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO: HEMOGLOBINÓMETRIA
EXAME: HEMOGLOBINÓMETRIA
RESULTADO: 12,5 g/dL
UNIDADE: g/dL
INTERPRETAÇÃO: HEMOGLOBINÓMETRIA
COMENTÁRIOS: HEMOGLOBINÓMETRIA
ASSINATURA: [Assinatura]

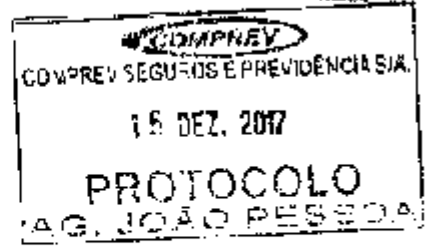


GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS CLÍNICOS
CONDOMÍNIO PERNAMBUCO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO: HEMOGLOBINÓMETRIA
EXAME: HEMOGLOBINÓMETRIA
RESULTADO: 12,5 g/dL
UNIDADE: g/dL
INTERPRETAÇÃO: HEMOGLOBINÓMETRIA
COMENTÁRIOS: HEMOGLOBINÓMETRIA
ASSINATURA: [Assinatura]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMATISMOS CLÍNICOS
CONDOMÍNIO PERNAMBUCO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO: HEMOGLOBINÓMETRIA
EXAME: HEMOGLOBINÓMETRIA
RESULTADO: 12,5 g/dL
UNIDADE: g/dL
INTERPRETAÇÃO: HEMOGLOBINÓMETRIA
COMENTÁRIOS: HEMOGLOBINÓMETRIA
ASSINATURA: [Assinatura]



86

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48

HEMATEL
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
Médico
CRM: 10.100

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48

HEMATEL
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
Médico
CRM: 10.100

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48

HEMATEL
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
Médico
CRM: 10.100

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020
Hora: 10:00:48

HEMATEL
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%
Hemoglobina: 11,8 g/dL
Hematócrito: 35,4%
Hematócrito: 35,4%

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
Médico
CRM: 10.100

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

COMPROV
COMPROV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
10000000031059819



Nome: **ROBERTO CARLOS MORAES** Data: **11/04/2017** Hora: **10:00** Sexo: **M** Idade: **40** Anos
Endereço: **AV. BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - FLORESTA - PB**

Exames:
Hemograma completo: **11.000/mm³**
Hemoglobina: **14,5 g/dL**
Hematócrito: **42,5%**
Hemácias: **4,2 milhões/mm³**
Plaquetas: **150.000/mm³**
Leucócitos: **11.000/mm³**
Neutrófilos: **65%**
Linfócitos: **25%**
Monócitos: **10%**
Eosinófilos: **0%**
Basófilos: **0%**

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Nome: **ROBERTO CARLOS MORAES** Data: **11/04/2017** Hora: **10:00** Sexo: **M** Idade: **40** Anos
Endereço: **AV. BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - FLORESTA - PB**

Exames:
Hemograma completo: **11.000/mm³**
Hemoglobina: **14,5 g/dL**
Hematócrito: **42,5%**
Hemácias: **4,2 milhões/mm³**
Plaquetas: **150.000/mm³**
Leucócitos: **11.000/mm³**
Neutrófilos: **65%**
Linfócitos: **25%**
Monócitos: **10%**
Eosinófilos: **0%**
Basófilos: **0%**

Exames:
Hemograma completo: **11.000/mm³**
Hemoglobina: **14,5 g/dL**
Hematócrito: **42,5%**
Hemácias: **4,2 milhões/mm³**
Plaquetas: **150.000/mm³**
Leucócitos: **11.000/mm³**
Neutrófilos: **65%**
Linfócitos: **25%**
Monócitos: **10%**
Eosinófilos: **0%**
Basófilos: **0%**

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico



Nome: **ROBERTO CARLOS MORAES** Data: **11/04/2017** Hora: **10:00** Sexo: **M** Idade: **40** Anos
Endereço: **AV. BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - FLORESTA - PB**

Exames:
Hemograma completo: **11.000/mm³**
Hemoglobina: **14,5 g/dL**
Hematócrito: **42,5%**
Hemácias: **4,2 milhões/mm³**
Plaquetas: **150.000/mm³**
Leucócitos: **11.000/mm³**
Neutrófilos: **65%**
Linfócitos: **25%**
Monócitos: **10%**
Eosinófilos: **0%**
Basófilos: **0%**

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Nome: **ROBERTO CARLOS MORAES** Data: **11/04/2017** Hora: **10:00** Sexo: **M** Idade: **40** Anos
Endereço: **AV. BRASIL, 100 - JARDIM BELLA VISTA - FLORESTA - PB**

Exames:
Hemograma completo: **11.000/mm³**
Hemoglobina: **14,5 g/dL**
Hematócrito: **42,5%**
Hemácias: **4,2 milhões/mm³**
Plaquetas: **150.000/mm³**
Leucócitos: **11.000/mm³**
Neutrófilos: **65%**
Linfócitos: **25%**
Monócitos: **10%**
Eosinófilos: **0%**
Basófilos: **0%**

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico



Paciente: **ANTONIO DE SOUZA** Idade: **32 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Data: **17/07/2020** Hora: **10:00** Local: **LAB 1**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Paciente: **ANTONIO DE SOUZA** Idade: **32 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Data: **17/07/2020** Hora: **10:00** Local: **LAB 1**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Paciente: **ANTONIO DE SOUZA** Idade: **32 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Data: **17/07/2020** Hora: **10:00** Local: **LAB 1**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Paciente: **ANTONIO DE SOUZA** Idade: **32 ANOS** Sexo: **MASCULINO**
Data: **17/07/2020** Hora: **10:00** Local: **LAB 1**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

Exame: **HEMOGRAMA COM PLAC**
Resultado: **41 mg/dL**
Referência: **35-50 mg/dL**

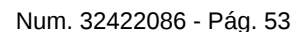
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
JAG. JOAO PESSOA



[illegible][illegible]

NAME		FURNACE REPORT		TEMPERATURE		DATE	
COP. 650/314		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
IS 1000/0000		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
REMARKS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TYPE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NO.		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NAME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE ADDRESS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE PHONE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE FAX		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE E-MAIL		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE WEBSITE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE COMMENTS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE SIGNATURE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE DATE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TIME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE LOCATION		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE STATUS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TYPE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NO.		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NAME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE ADDRESS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE PHONE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE FAX		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE E-MAIL		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE WEBSITE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE COMMENTS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE SIGNATURE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE DATE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TIME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE LOCATION		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE STATUS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TYPE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NO.		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NAME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE ADDRESS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE PHONE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE FAX		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE E-MAIL		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE WEBSITE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE COMMENTS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE SIGNATURE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE DATE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TIME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE LOCATION		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE STATUS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE TYPE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NO.		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE NAME		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE ADDRESS		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE PHONE		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE FAX		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	
FURNACE E-MAIL		1000-0-0-0		1000-0-0-0		1000-0-0-0	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible]

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO - PSICOTERAPIA - UNIAULATO

DATA: 17/07/2020 **HORÁRIO:** 10h00

PAZ: **Nome:** **Idade:** **Sexo:** **Profissão:**

DIAGNÓSTICO:

PROBLEMAS:

OBJETIVOS:

INTERVENÇÕES:

AVANÇO:

COMENTÁRIOS:



SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNAD ALTO

Paciente: JOÃO DA SILVA Data: 10/07/2020 Hora: 10h

Idade: 45 Sexo: M Peso: 75 Altura: 1,75

Diagnóstico: AVC Isquêmico

Objetivos: Recuperação da marcha independente

Intervenções:

Atividade	Intensidade	Tempo	Frequência
Marcha com auxílio de muleta	60%	15 min	3x
Exercícios de equilíbrio	50%	10 min	2x
Exercícios de força	40%	10 min	2x

Observações: Paciente evoluiu bem, com melhora na marcha.



NAME: WILLIAM ALBERT WILSON
 DOB: 1910-01-13 SEX: M RACE: W
 SSN: 1-10-10000 DATE: 1/13 HEIGHT: 5'10"
 WEIGHT: 175
 ADDRESS: 1000 N. 10th St.
 CITY: Wichita, KS STATE: KS ZIP: 67201
 EMPLOYER: Wichita State University
 OCCUPATION: Professor
 EDUCATION: Ph.D.
 MARITAL STATUS: Married
 SPOUSE NAME: John Doe
 CHILDREN: 2
 ALLERGIES: None
 MEDICAL HISTORY: None
 CURRENT MEDICATIONS: None
 PHYSICIAN: Dr. J. Smith
 SIGNATURE: [Signature]
 DATE: 1/13/2023

CONFIDENTIAL
COURNEY STUBBS & SHAW MEMORANDUM
45 OCT 2017
PROTOGOLD
AG 0040 P-ESS-D

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										

FIGURA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UNIAULATO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Atividade	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão
Atividade 1										
Atividade 2										
Atividade 3										
Atividade 4										
Atividade 5										
Atividade 6										
Atividade 7										
Atividade 8										
Atividade 9										
Atividade 10										



HISTÓRICO DE DOENÇAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Carlos Augusto Data de Nascimento: 09/07/1981

Sexo: M Estado Civil: Casado Profissão: Engenheiro

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doenças Crônicas: Nenhuma

Doenças Agudas: Nenhuma

Doenças Infecciosas: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma

FICHA DE FOLHA ÚNICA - FISIOTERAPIA LINGÜÍSTICA

Nome: Carlos Augusto Data de Nascimento: 09/07/1981

Sexo: M Estado Civil: Casado Profissão: Engenheiro

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doenças Crônicas: Nenhuma

Doenças Agudas: Nenhuma

Doenças Infecciosas: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma

FICHA DE FOLHA ÚNICA - FISIOTERAPIA LINGÜÍSTICA

Nome: Carlos Augusto Data de Nascimento: 09/07/1981

Sexo: M Estado Civil: Casado Profissão: Engenheiro

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doenças Crônicas: Nenhuma

Doenças Agudas: Nenhuma

Doenças Infecciosas: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma

HISTÓRICO DE DOENÇAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Carlos Augusto Data de Nascimento: 09/07/1981

Sexo: M Estado Civil: Casado Profissão: Engenheiro

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doenças Crônicas: Nenhuma

Doenças Agudas: Nenhuma

Doenças Infecciosas: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma

FICHA DE FOLHA ÚNICA - FISIOTERAPIA LINGÜÍSTICA

Nome: Carlos Augusto Data de Nascimento: 09/07/1981

Sexo: M Estado Civil: Casado Profissão: Engenheiro

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doenças Crônicas: Nenhuma

Doenças Agudas: Nenhuma

Doenças Infecciosas: Nenhuma

Doenças do Sistema Circulatório: Nenhuma

Doenças do Sistema Respiratório: Nenhuma

Doenças do Sistema Digestivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Urinário: Nenhuma

Doenças do Sistema Reprodutivo: Nenhuma

Doenças do Sistema Musculoesquelético: Nenhuma

Doenças do Sistema Neurológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Endócrino: Nenhuma

Doenças do Sistema Hematológico: Nenhuma

Doenças do Sistema Integumentar: Nenhuma

Doenças do Sistema Sensorial: Nenhuma

Doenças do Sistema Imunológico: Nenhuma



Formulário de Registro de Atendimento - 2017

Nome do Paciente: XXXXXXXXXX

Data de Nascimento: XX/XX/XX

Sexo: M

Endereço: XXXXXXXXXX

Cidade: XXXXXXXXXX

Estado: XX

CEP: XXXX-XXXX

Telefone: XXXX-XXXX

Profissão: XXXXXXXXXX

Religião: XXXXXXXXXX

Cor/Raça: XXXXXXXXXX

Estado Civil: XXXXXXXXXX

Grupos de Risco: XXXXXXXXXX

Doenças Prevalentes: XXXXXXXXXX

Medicamentos em Uso: XXXXXXXXXX

Alérgicos: XXXXXXXXXX

Observações: XXXXXXXXXX

Formulário de Registro de Atendimento - 2017

Nome do Paciente: XXXXXXXXXX

Data de Nascimento: XX/XX/XX

Sexo: M

Endereço: XXXXXXXXXX

Cidade: XXXXXXXXXX

Estado: XX

CEP: XXXX-XXXX

Telefone: XXXX-XXXX

Profissão: XXXXXXXXXX

Religião: XXXXXXXXXX

Cor/Raça: XXXXXXXXXX

Estado Civil: XXXXXXXXXX

Grupos de Risco: XXXXXXXXXX

Doenças Prevalentes: XXXXXXXXXX

Medicamentos em Uso: XXXXXXXXXX

Alérgicos: XXXXXXXXXX

Observações: XXXXXXXXXX

Formulário de Registro de Atendimento - 2017

Nome do Paciente: XXXXXXXXXX

Data de Nascimento: XX/XX/XX

Sexo: M

Endereço: XXXXXXXXXX

Cidade: XXXXXXXXXX

Estado: XX

CEP: XXXX-XXXX

Telefone: XXXX-XXXX

Profissão: XXXXXXXXXX

Religião: XXXXXXXXXX

Cor/Raça: XXXXXXXXXX

Estado Civil: XXXXXXXXXX

Grupos de Risco: XXXXXXXXXX

Doenças Prevalentes: XXXXXXXXXX

Medicamentos em Uso: XXXXXXXXXX

Alérgicos: XXXXXXXXXX

Observações: XXXXXXXXXX

Formulário de Registro de Atendimento - 2017

Nome do Paciente: XXXXXXXXXX

Data de Nascimento: XX/XX/XX

Sexo: M

Endereço: XXXXXXXXXX

Cidade: XXXXXXXXXX

Estado: XX

CEP: XXXX-XXXX

Telefone: XXXX-XXXX

Profissão: XXXXXXXXXX

Religião: XXXXXXXXXX

Cor/Raça: XXXXXXXXXX

Estado Civil: XXXXXXXXXX

Grupos de Risco: XXXXXXXXXX

Doenças Prevalentes: XXXXXXXXXX

Medicamentos em Uso: XXXXXXXXXX

Alérgicos: XXXXXXXXXX

Observações: XXXXXXXXXX



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ DE SOUZA

FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO

Nome: Paulo Roberto de Souza **Idade:** 45 **Sexo:** M **Profissão:** Engenheiro

Endereço: Rua da Saúde, 123 - Centro - Rio de Janeiro **Telefone:** (21) 1234-5678

Exame Físico:

Exame	Observações
Inspeção Geral	Estado geral satisfatório.
Cabeça	Normotensão, normocefalia.
Olhos	Aberto, sem alterações.
Orelhas	Normais.
Nariz	Normais.
Boca	Normais.
Garganta	Normais.
Peito	Normais.
Abdomem	Normais.
Membros Superiores	Normais.
Membros Inferiores	Normais.

Assinatura do Médico: Suelio Moreira Torres **Data:** 17/07/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ DE SOUZA

FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO

Nome: Paulo Roberto de Souza **Idade:** 45 **Sexo:** M **Profissão:** Engenheiro

Endereço: Rua da Saúde, 123 - Centro - Rio de Janeiro **Telefone:** (21) 1234-5678

Exame Físico:

Exame	Observações
Inspeção Geral	Estado geral satisfatório.
Cabeça	Normotensão, normocefalia.
Olhos	Aberto, sem alterações.
Orelhas	Normais.
Nariz	Normais.
Boca	Normais.
Garganta	Normais.
Peito	Normais.
Abdomem	Normais.
Membros Superiores	Normais.
Membros Inferiores	Normais.

Assinatura do Médico: Suelio Moreira Torres **Data:** 17/07/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ DE SOUZA

FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO

Nome: Paulo Roberto de Souza **Idade:** 45 **Sexo:** M **Profissão:** Engenheiro

Endereço: Rua da Saúde, 123 - Centro - Rio de Janeiro **Telefone:** (21) 1234-5678

Exame Físico:

Exame	Observações
Inspeção Geral	Estado geral satisfatório.
Cabeça	Normotensão, normocefalia.
Olhos	Aberto, sem alterações.
Orelhas	Normais.
Nariz	Normais.
Boca	Normais.
Garganta	Normais.
Peito	Normais.
Abdomem	Normais.
Membros Superiores	Normais.
Membros Inferiores	Normais.

Assinatura do Médico: Suelio Moreira Torres **Data:** 17/07/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ DE SOUZA

FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO

Nome: Paulo Roberto de Souza **Idade:** 45 **Sexo:** M **Profissão:** Engenheiro

Endereço: Rua da Saúde, 123 - Centro - Rio de Janeiro **Telefone:** (21) 1234-5678

Exame Físico:

Exame	Observações
Inspeção Geral	Estado geral satisfatório.
Cabeça	Normotensão, normocefalia.
Olhos	Aberto, sem alterações.
Orelhas	Normais.
Nariz	Normais.
Boca	Normais.
Garganta	Normais.
Peito	Normais.
Abdomem	Normais.
Membros Superiores	Normais.
Membros Inferiores	Normais.

Assinatura do Médico: Suelio Moreira Torres **Data:** 17/07/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONÇALVES PEREIRA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Yasmin **Idade:** 17 **Sexo:** F **Profissão:** Estudante

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. São Paulo, São Paulo, SP

Telefone: (11) 1111-1111

Exames Laboratoriais e Exames de Imagem:

Yasmin 06.03.17

Yasmin 06.03.17

Yasmin 06.03.17

3. ANAMNESE DO PACIENTE

1. História da doença atual:

2. História da vida:

3. História da família:

4. História da sociedade:

5. História da personalidade:

6. História da educação:

7. História da religião:

8. História da cultura:

9. História da política:

10. História da economia:

11. História da tecnologia:

12. História da ciência:

13. História da arte:

14. História da literatura:

15. História da música:

16. História da dança:

17. História do teatro:

18. História do cinema:

19. História da televisão:

20. História da internet:

21. História da informática:

22. História da robótica:

23. História da nanotecnologia:

24. História da biotecnologia:

25. História da engenharia:

26. História da arquitetura:

27. História da urbanização:

28. História da infraestrutura:

29. História da mobilidade:

30. História da energia:

31. História da água:

32. História do saneamento:

33. História da saúde:

34. História da medicina:

35. História da enfermagem:

36. História da psicologia:

37. História da pedagogia:

38. História da filosofia:

39. História da ética:

40. História da estética:

41. História da gastronomia:

42. História da culinária:

43. História da moda:

44. História da beleza:

45. História da moda:

46. História da moda:

47. História da moda:

48. História da moda:

49. História da moda:

50. História da moda:

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONÇALVES PEREIRA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Yasmin **Idade:** 17 **Sexo:** F **Profissão:** Estudante

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. São Paulo, São Paulo, SP

Telefone: (11) 1111-1111

Exames Laboratoriais e Exames de Imagem:

Yasmin 06.03.17

Yasmin 06.03.17

3. ANAMNESE DO PACIENTE

1. História da doença atual:

2. História da vida:

3. História da família:

4. História da sociedade:

5. História da personalidade:

6. História da educação:

7. História da religião:

8. História da cultura:

9. História da política:

10. História da economia:

11. História da tecnologia:

12. História da ciência:

13. História da arte:

14. História da literatura:

15. História da música:

16. História da dança:

17. História do teatro:

18. História do cinema:

19. História da televisão:

20. História da internet:

21. História da informática:

22. História da robótica:

23. História da nanotecnologia:

24. História da biotecnologia:

25. História da engenharia:

26. História da arquitetura:

27. História da urbanização:

28. História da infraestrutura:

29. História da mobilidade:

30. História da energia:

31. História da água:

32. História do saneamento:

33. História da saúde:

34. História da medicina:

35. História da enfermagem:

36. História da psicologia:

37. História da pedagogia:

38. História da filosofia:

39. História da ética:

40. História da estética:

41. História da gastronomia:

42. História da culinária:

43. História da moda:

44. História da beleza:

45. História da moda:

46. História da moda:

47. História da moda:

48. História da moda:

49. História da moda:

50. História da moda:

4. ANAMNESE DO PACIENTE

1. História da doença atual:

2. História da vida:

3. História da família:

4. História da sociedade:

5. História da personalidade:

6. História da educação:

7. História da religião:

8. História da cultura:

9. História da política:

10. História da economia:

11. História da tecnologia:

12. História da ciência:

13. História da arte:

14. História da literatura:

15. História da música:

16. História da dança:

17. História do teatro:

18. História do cinema:

19. História da televisão:

20. História da internet:

21. História da informática:

22. História da robótica:

23. História da nanotecnologia:

24. História da biotecnologia:

25. História da engenharia:

26. História da arquitetura:

27. História da urbanização:

28. História da infraestrutura:

29. História da mobilidade:

30. História da energia:

31. História da água:

32. História do saneamento:

33. História da saúde:

34. História da medicina:

35. História da enfermagem:

36. História da psicologia:

37. História da pedagogia:

38. História da filosofia:

39. História da ética:

40. História da estética:

41. História da gastronomia:

42. História da culinária:

43. História da moda:

44. História da beleza:

45. História da moda:

46. História da moda:

47. História da moda:

48. História da moda:

49. História da moda:

50. História da moda:

4. ANAMNESE DO PACIENTE

1. História da doença atual:

2. História da vida:

3. História da família:

4. História da sociedade:

5. História da personalidade:

6. História da educação:

7. História da religião:

8. História da cultura:

9. História da política:

10. História da economia:

11. História da tecnologia:

12. História da ciência:

13. História da arte:

14. História da literatura:

15. História da música:

16. História da dança:

17. História do teatro:

18. História do cinema:

19. História da televisão:

20. História da internet:

21. História da informática:

22. História da robótica:

23. História da nanotecnologia:

24. História da biotecnologia:

25. História da engenharia:

26. História da arquitetura:

27. História da urbanização:

28. História da infraestrutura:

29. História da mobilidade:

30. História da energia:

31. História da água:

32. História do saneamento:

33. História da saúde:

34. História da medicina:

35. História da enfermagem:

36. História da psicologia:

37. História da pedagogia:

38. História da filosofia:

39. História da ética:

40. História da estética:

41. História da gastronomia:

42. História da culinária:

43. História da moda:

44. História da beleza:

45. História da moda:

46. História da moda:

47. História da moda:

48. História da moda:

49. História da moda:

50. História da moda:



1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: JOÃO CARLOS LIMA JOÃO CARLOS LIMA JOÃO CARLOS LIMA JOÃO CARLOS LIMA
 2. INFORMAÇÕES GERAIS
 Data de Nascimento: 10/10/1980 10/10/1980 10/10/1980 10/10/1980
 Sexo: M M M M
 Estado Civil: C C C C
 Profissão: Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software
 3. INFORMAÇÕES DE CONTATO
 Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
 Telefone: (11) 1234-5678 (11) 1234-5678 (11) 1234-5678 (11) 1234-5678
 E-mail: joao@exemplo.com joao@exemplo.com joao@exemplo.com joao@exemplo.com
 4. INFORMAÇÕES DE EMPREGO
 Empresa: Exemplo S.A. Exemplo S.A. Exemplo S.A. Exemplo S.A.
 Cargo: Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software
 Data de Admissão: 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010
 Data de Desligamento: 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010
 5. INFORMAÇÕES DE CURSOS
 Curso: Engenharia de Software Engenharia de Software Engenharia de Software Engenharia de Software
 Instituição: Universidade Federal de São Paulo Universidade Federal de São Paulo Universidade Federal de São Paulo Universidade Federal de São Paulo
 Data de Conclusão: 10/10/2005 10/10/2005 10/10/2005 10/10/2005
 6. INFORMAÇÕES DE EXPERIÊNCIA
 Empresa: Exemplo S.A. Exemplo S.A. Exemplo S.A. Exemplo S.A.
 Cargo: Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software
 Data de Admissão: 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010
 Data de Desligamento: 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010
 7. INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIAS
 Nome: João Carlos Lima João Carlos Lima João Carlos Lima João Carlos Lima
 Cargo: Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software Engenheiro de Software
 Data de Admissão: 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010 01/01/2010
 Data de Desligamento: 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010 31/12/2010
 8. INFORMAÇÕES DE ASSINATURAS
 Assinatura: João Carlos Lima João Carlos Lima João Carlos Lima João Carlos Lima
 Data: 10/10/2010 10/10/2010 10/10/2010 10/10/2010
 9. INFORMAÇÕES DE OBSERVAÇÕES
 Observações: Nenhuma observação. Nenhuma observação. Nenhuma observação. Nenhuma observação.

[illegible][illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ RIBEIRO FERNANDES

PROVAÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wesley de Souza Sobrenome: Almeida Idade: 32 Sexo: M Data de Nascimento: 09/03/1988

EXAME FÍSICO

Estado Geral: Bom Estado de Consciência: Alerta Estado de Orientação: Correto

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS

Tratado em 09/03.

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: Lesão por queda de altura

HISTÓRICO DA DOENÇA: Relata queda de altura de aproximadamente 10 metros, ocorrida há 24 horas, resultando em dor no membro superior direito e dor no membro inferior esquerdo.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal, sem sinais de trauma evidente.

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS: Exames laboratoriais e radiológicos dentro da normalidade.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ RIBEIRO FERNANDES

PROVAÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wesley de Souza Sobrenome: Almeida Idade: 32 Sexo: M Data de Nascimento: 09/03/1988

EXAME FÍSICO

Estado Geral: Bom Estado de Consciência: Alerta Estado de Orientação: Correto

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS

Tratado em 09/03.

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: Lesão por queda de altura

HISTÓRICO DA DOENÇA: Relata queda de altura de aproximadamente 10 metros, ocorrida há 24 horas, resultando em dor no membro superior direito e dor no membro inferior esquerdo.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal, sem sinais de trauma evidente.

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS: Exames laboratoriais e radiológicos dentro da normalidade.

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: Lesão por queda de altura

HISTÓRICO DA DOENÇA: Relata queda de altura de aproximadamente 10 metros, ocorrida há 24 horas, resultando em dor no membro superior direito e dor no membro inferior esquerdo.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal, sem sinais de trauma evidente.

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS: Exames laboratoriais e radiológicos dentro da normalidade.

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: Lesão por queda de altura

HISTÓRICO DA DOENÇA: Relata queda de altura de aproximadamente 10 metros, ocorrida há 24 horas, resultando em dor no membro superior direito e dor no membro inferior esquerdo.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal, sem sinais de trauma evidente.

EXAMES LABORATORIAIS/IMAGIOLÓGICOS: Exames laboratoriais e radiológicos dentro da normalidade.



HISTÓRICO DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LIGADO À OBRA DE REPARAÇÃO

EVOLUÇÃO DO EMPREGADO

Nome: Reginaldo Soares de Oliveira Profissão: Motorista Lote: 1000 Registro: 113. 80.000

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP Telefone: (11) 3000.0000 Data de nascimento: 10/10/1970

RG: 100.000.000-0 CPF: 100.000.000-00 Data de emissão: 10/10/1970 Data de validade: 10/10/2020

PLANO DE SAÚDE: UNIVERSIDADE

Taxa de consulta: 00,00

EXAME FÍSICO

Estado de consciência: Consciente Estado de alerta: Alerta Estado de humor: Bom Estado de orientação: Orientado

Temperatura: 36,4°C Pulso: 72 bpm Pressão arterial: 120/80 mmHg Frequência respiratória: 18 rpm Saturação de oxigênio: 98%

Exame de cabeça e pescoço: Normal Exame de olhos: Normal Exame de ouvidos: Normal Exame de nariz: Normal Exame de boca: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

Exame de tórax: Normal Exame de abdômen: Normal Exame de membros superiores: Normal Exame de membros inferiores: Normal Exame de reflexos: Normal Exame de sensibilidade: Normal Exame de força: Normal

Exame de pele: Normal Exame de unhas: Normal Exame de cabelos: Normal Exame de dentes: Normal Exame de língua: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

HISTÓRICO DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LIGADO À OBRA DE REPARAÇÃO

EVOLUÇÃO DO EMPREGADO

Nome: Reginaldo Soares de Oliveira Profissão: Motorista Lote: 1000 Registro: 113. 80.000

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP Telefone: (11) 3000.0000 Data de nascimento: 10/10/1970

RG: 100.000.000-0 CPF: 100.000.000-00 Data de emissão: 10/10/1970 Data de validade: 10/10/2020

PLANO DE SAÚDE: UNIVERSIDADE

Taxa de consulta: 00,00

EXAME FÍSICO

Estado de consciência: Consciente Estado de alerta: Alerta Estado de humor: Bom Estado de orientação: Orientado

Temperatura: 36,4°C Pulso: 72 bpm Pressão arterial: 120/80 mmHg Frequência respiratória: 18 rpm Saturação de oxigênio: 98%

Exame de cabeça e pescoço: Normal Exame de olhos: Normal Exame de ouvidos: Normal Exame de nariz: Normal Exame de boca: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

Exame de tórax: Normal Exame de abdômen: Normal Exame de membros superiores: Normal Exame de membros inferiores: Normal Exame de reflexos: Normal Exame de sensibilidade: Normal Exame de força: Normal

Exame de pele: Normal Exame de unhas: Normal Exame de cabelos: Normal Exame de dentes: Normal Exame de língua: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

HISTÓRICO DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LIGADO À OBRA DE REPARAÇÃO

EVOLUÇÃO DO EMPREGADO

Nome: Reginaldo Soares de Oliveira Profissão: Motorista Lote: 1000 Registro: 113. 80.000

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP Telefone: (11) 3000.0000 Data de nascimento: 10/10/1970

RG: 100.000.000-0 CPF: 100.000.000-00 Data de emissão: 10/10/1970 Data de validade: 10/10/2020

PLANO DE SAÚDE: UNIVERSIDADE

EXAME FÍSICO

Estado de consciência: Consciente Estado de alerta: Alerta Estado de humor: Bom Estado de orientação: Orientado

Temperatura: 36,4°C Pulso: 72 bpm Pressão arterial: 120/80 mmHg Frequência respiratória: 18 rpm Saturação de oxigênio: 98%

Exame de cabeça e pescoço: Normal Exame de olhos: Normal Exame de ouvidos: Normal Exame de nariz: Normal Exame de boca: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

Exame de tórax: Normal Exame de abdômen: Normal Exame de membros superiores: Normal Exame de membros inferiores: Normal Exame de reflexos: Normal Exame de sensibilidade: Normal Exame de força: Normal

Exame de pele: Normal Exame de unhas: Normal Exame de cabelos: Normal Exame de dentes: Normal Exame de língua: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

HISTÓRICO DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LIGADO À OBRA DE REPARAÇÃO

EVOLUÇÃO DO EMPREGADO

Nome: Reginaldo Soares de Oliveira Profissão: Motorista Lote: 1000 Registro: 113. 80.000

Endereço: Rua 100, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP Telefone: (11) 3000.0000 Data de nascimento: 10/10/1970

RG: 100.000.000-0 CPF: 100.000.000-00 Data de emissão: 10/10/1970 Data de validade: 10/10/2020

PLANO DE SAÚDE: UNIVERSIDADE

EXAME FÍSICO

Estado de consciência: Consciente Estado de alerta: Alerta Estado de humor: Bom Estado de orientação: Orientado

Temperatura: 36,4°C Pulso: 72 bpm Pressão arterial: 120/80 mmHg Frequência respiratória: 18 rpm Saturação de oxigênio: 98%

Exame de cabeça e pescoço: Normal Exame de olhos: Normal Exame de ouvidos: Normal Exame de nariz: Normal Exame de boca: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal

Exame de tórax: Normal Exame de abdômen: Normal Exame de membros superiores: Normal Exame de membros inferiores: Normal Exame de reflexos: Normal Exame de sensibilidade: Normal Exame de força: Normal

Exame de pele: Normal Exame de unhas: Normal Exame de cabelos: Normal Exame de dentes: Normal Exame de língua: Normal Exame de garganta: Normal Exame de pescoço: Normal





Paciente: BRUNO, VAGNER		Data de nascimento: 11/09/1970		Data de atendimento: 11/09/2017	
Endereço: Rua ...		Município: ...		UF: ...	
Profissão: ...		Estado civil: ...		Sexo: ...	
Religião: ...		Cor: ...		Tipo sanguíneo: ...	
Doenças crônicas: ...		Medicamentos: ...		Vacinação: ...	
Exames realizados: ...		Resultados: ...		Observações: ...	
Assinatura do médico: ...		Assinatura do enfermeiro: ...		Assinatura do técnico: ...	
Assinatura do paciente: ...		Assinatura do acompanhante: ...		Assinatura do responsável: ...	

COMPREV
15 DEZ 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANO GOMES MARQUES

1483392 **ESP** **PO**

014.843.637-25 **20/07/1979**

SEVERINO MARQUES DA SILVA
RICARDO GOMES DA SILVA

02342562304 **28/11/2019** **31/04/1987**

CRISTIANO GOMES MARQUES

CRISTIANO GOMES, DA **27/11/2014**

02476310181
28029331300

CRISTIANO GOMES MARQUES

COMPREV
COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SIA
19 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, principalmente a vida, saúde, acidentes e resseguros.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade o controle, fiscalização, supervisão administrativa, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Evivan F. de Medeiros (a), no CPF sob o nº 026.864.664-30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rivaldo Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o nº 026.843.627-25 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Vitalícia Armando Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o nº 026.843.627-25 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>		Número: <u>15</u>	
Cidade: <u>Campaná</u>	CEP: <u>61220-000</u>	UF: <u>CE</u>	
E-mail: <u>ben.cicco@...</u>		Telefone comercial: <u>...</u>	
		Telefone celular: <u>...</u>	

J. Pereira 19 de dezembro de 2012
Local e Data

José Evivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante





Copyright © 1993 by John Wiley & Sons, Inc.



SISTEMA COFECI/CRECI
CONSELHO FEDERAL DE CORRETORES DE IMOVEIS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMOVEIS

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS - 0021410
BRUNA HENRIQUE DIAS NAE70

CONCEICAO DE
CAMPINA GRANDE - PB
CEP: 58401236

COMPREN PREVIDENCIA
23 MAR 2018
PROTOCOLO

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTO DE CURITIBA
Rua Feliciano Gomes, 201 - Jardim São João - Curitiba - PR
CEP: 80015-070 - Fone: (41) 334-1100

PARA CATEGORIA A CATEGORIA
CONDIÇÃO DE CATEGORIA
PAGAMENTO

1111940

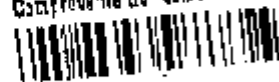
12/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

EDSON FERNANDES

RUA EMILIO QUEIROZ 270 - CONCEIÇÃO CAMPELA GRANDE
PS 54101 234

Comprovante de residência



Instalação		SM	Quantidade Econômica				Responsável
			Unidade	Consumo	Unidade	Consumo	
1111940 335.0815.00		100	I	I	II	II	
Ridionário	Data de instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
1111940	04/06/2018	CONCEIÇÃO CAMPELA GRANDE	1111940		1111940		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	VALOR DE DÍGITO		PROTEÇÃO LECTURA		
376	1000	19	32		04/06/2018		
LISTA DE CONSUMO DE ÁGUA, LECTURA, QUALIDADE DA ÁGUA - DECRETO 2.374/2013-M							
ABR/2018	22	0	PARECERES EXCL. ANALIS. CONFORMES				
MAR/2018	25	0	TURBIDIDADE 0 0 0				
FEV/2018	18	1	CLORO 0 0 0				
JAN/2018	19	2	PH TÍPICO 0 0 0				
DEZ/2017	17	0	ECR 0 0 0				
NOV/2017	17	0	COL. TOTAIS 0 0 0				
MEIO (M)		16	DADOS REFERENTES A: FRAÇÃO B				

DATA DA IMPRESSÃO: 07/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07 13:57

DESCRIÇÃO

CONSUMO COTA (M3)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,30 POR UNIDADE

10 M3

10 M3

10 M3

ESGOTO

RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 30,30 POR UNIDADE

10 M3

10 M3

10 M3

DÍGITO DE DESCONTROLE: 12/2018 04/2018 04

0,00

JUNTA DE HORA: 12/2018 04/2018 04/2018

5,51

VALOR APLICADO DE TÁRIFAS: 15,08, 58,95 PIS C CONFINS I E II 12/2018

VENCIMENTO:

8/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 27,45



CONDIÇÃO DE LECTURA: REALIDADE

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: REAL

140 DE TÁRIFAS

INFORMAÇÕES GERAIS

SE USUÁRIO FOR 12/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA ESTAVA EM DEBÍ-
O, COMPARECER AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TR-
IVAR AOS PRAZOS INDICADOS, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**

NUMERO	REFERÊNCIA	VALOR DE DÍGITO	TOTAL A PAGAR
1111940	12/2018	33,95, 58,95	R\$ 27,45

324122086 + 17450010018 8 011: 1494011 3 0520180403 0



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004795500000031059819

Número do documento: 20071710004795500000031059819

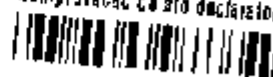


Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO

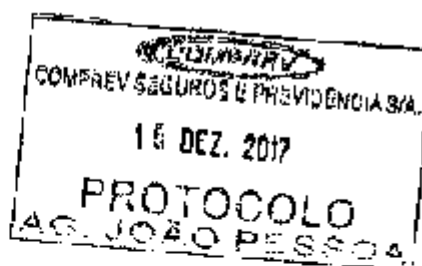
Comprovação de ato declaratório



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.

Deoclécio P. 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

28



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Fu, Rinaldo Gomes Marques, portador da carteira de identidade nº 4689302, inscrito no CPF/MF sob o nº 016.843.627-25, residente e domiciliado na Rua Joaquim Fausto de Oliveira, Cidade Ingá, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

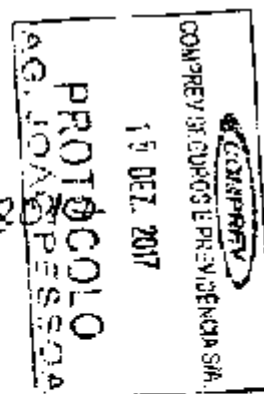
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa - PB 16/11/2017

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE INGÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

SUS 

NUMBER: 20
CAGASTRO

--	--	--	--	--	--	--

1-CH
2-CH

Nome da Unidade: Secretaria de Saúde - Medicina Família Bucal

Findings

Barrage Municipalité *Praya* 11-15

PACIENTE	Ronaldo Gomes Marques
----------	-----------------------

IDENTIFICATION

PAGE 4689303

DATE 4/2

ENDEREGO 2. Associação Paulista de Medicina

BAIRPO Carzuzimica II

PAM

ORIGIN

SES

SSM

DADOS CLÍNICOS *apresenta náuseas e vômitos*

MATÉRIEL À EXAMINER

do. we're not

12. August

EXAMES SOLICITADOS

Objeto avaliação Otosinclaring

25, 04, 2017
DATA

Homero Pinheiro M. C. Vaz
CARILDO JOSÉ DE MOURA RIBEIRO



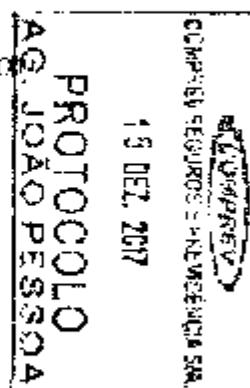
DECLARAÇÃO

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

Campina Grande - PR, 08 de Março de 2017


Médico Plantonista



Declaração realizada em 02 Vias

31



RECEITUÁRIO

சுவிட்சர்லாந்து: 022221000

LEONARD 6-24-63 WMA 2-63

Findings:

2025-03-07

de coasmas, parafusos e burgulas.					
0672	61	012605510			
07040	53	5134610			
071700		012605510			

15. DEZ. 2007
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
PROTOCOLADO
AG. JOAO BESSO

QUE UM PAÍS INTEIRO
#Zika2910

ATESTADO MÉDICO

INDEX

Atesto, que o Sr. (a) Elminda Correia

Alfred P. Jones

Foi por mim atendido nesta data, no Serviço de Cardiologia

Toni Cesar

presentando 00.

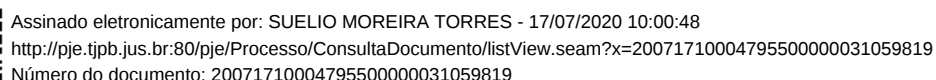
necessitando de 30 (Trinta) dias de afastamento do trabalho, por motivos de doença.

01, 06, 17

Assistente de Vendas

Assistente de Medicina
Comunidade

प्रस्तावना





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

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

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. K56.5 NO CID, DURANTE
O PERÍODO DE 14 / 06 / 17 A 19 / 05 / 17 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 19 / 05 / 17

Dr. Luiz Carlos Sales
Cirurgião Geral
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

HCD 001



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Ranaldo 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. P01.90.90.1 NO CID, DURANTE
O PERÍODO DE 01 / 13 / 17 A 06 / 14 / 17 NECESSITANDO DE
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 06 / 14 / 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

34





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:

Anestesiologista:

Anestesia Aplicada: SEDAÇÃO

Diag.pós Op.:

ESTENOSE LARINGO-
TRAQUEAL

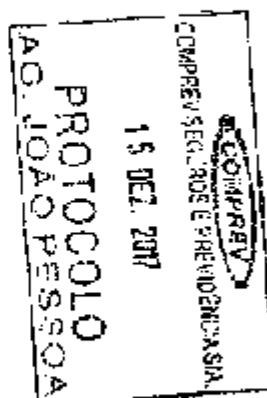
Descrição Cirúrgica:

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB REGIÃO E SUPORTE DE OXIGÊNIO
- 2) INTRODUÇÃO DE APARELHO PELA NARINA ESQUERDA
- 3) UTILIZAMOS APARELHO OLYMPUS T190 VIDEO
- 4) VAS AERIAS SUPERIORES.
- SEM ALTERAÇÕES
- 5) LARINGE:
- EPIGLOTE, PREGAS ARRIPIG. CÍTICAS E ARIPIENÓIDES SEM ALTERAÇÕES, SIMÉTRICAS E MÓVEIS
- PREGAS VOCAIS E ARRIPIG. PARCIAIS
- SUBLINGOTE COM PRÓTESE DE DUMONT A 0,5CM DAS CORDEAS VOCAIS, PRECENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL REALIZADA LIMPEZA.
- 6) TRAQUEIA:
- CÉTRILETO RETENIDO, SEM HIPEREMIA
- EXTREMIDADE DISTAL DE PRÓTESE SEM ALTERAÇÕES
- LARINA CENTRADA E MÓVEL

OPME

Código	Procedimento	Via de Acesso
2130015	BRONCOSCOPIA OU BRONCOS, PARA DIAG. COL. DE M.AT. OU BIPÓRIA	


DANIEL PIRES PESSOA
CRM-PB 7445



RUA JOAO 15
CEP: 22222 Tel: 15

25





RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome: <u>Rinaldo Gomes Marques</u>	N.º Prontuário: <u>58423831</u>	N.º Reg.:
Idade: <u>45 a</u>	Sexo: <u>M</u>	OBE:
	Clínica: <u>Clínica Geral</u>	Ext.:
		End:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Tubo de Duodenal</u>	CID:
--	------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Emissão</u>	
--	--

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

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

QUIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: <u>Quirúrgica plástica - Dr. Daniel + MRI. Isabel + MRI. Janny</u>	
---	--

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

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

INFECÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO	COLTA DE MATÉRIA ☐ SIM ☐ NÃO
--	--

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

CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ FORTIN	
---	--

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

Paciente em uso de tubo de Duodenal, veio para ser submetido a procedimento cirúrgico de remoção do tubo e retirada de suturas. Foi submetido a procedimento cirúrgico de remoção do tubo e retirada de suturas. Foi submetido a procedimento cirúrgico de remoção do tubo e retirada de suturas. Foi submetido a procedimento cirúrgico de remoção do tubo e retirada de suturas.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>Líquida</u>	
-----------------------	--

REPOUSO: Repouso relativo em casa por <u>7</u> dias	
---	--

Retorno às atividades sem esforços físicos em <u>7</u> dias	
---	--

Retorno às atividades com esforços físicos leve em <u>7</u> dias e com esforços mais pesados em <u>7</u> dias	
---	--

GUIAÇÃO COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, coar ou inchaço e febre, procurar imediatamente o serviço de urgência ou Hospital Universitário.	
---	--

RETORNO: - Ao ambulatório de EUSFNS em <u>07/08/2017</u> para retirada de pontos.	
---	--

- Ao ambulatório de <u>Clínica Geral Dr. Daniel</u> em <u>07/08/2017</u>	
--	--

Data: <u>06</u> <u>julho</u> <u>2017</u>	
--	--

ASSINATURA DO MÉDICO: <u>[Assinatura]</u>	
---	--

REPROGRAFIA



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

OME: QUINALDO GOMES FERNANDES	DN:	FRONT. Nº:
ATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
OMISSÃO: 25/05/17	ALTA: 27/05/17	

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

Paciente com relato de estenose torquedel, falta de ar, estívolos. Pediram dilatação torquedel há 20 dias.

2. Resultado dos principais exames

VIDE pontuário

3. Evolução e complicações

Evolution sem complicações.

4. Terapêutica realizada

Dilatação torquedel (25/05/17)
Laminotomia

5. Diagnóstico (hipótese ou definida)

Estenose torquedel + Torquedite.

6. Orientações médicas para pacientes / estresse

- 1- Repouso e medicação conforme orientação.
- 2- Retorno ao Hospital de emergência ou Emergência de emergência.
- 3- Presença sempre ativa no Hospital Emergência.

7. Condições de alta

- ☐ Curado
 ☐ A pedido
 ☐ Óbito
 ☒ Melhorado
 ☐ Interferido
- ☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 27 de Maio de 2017

Dr. Elton Maciel Jerônimo
Cirurgião (RACIOS)
CRM - 22.588

Responsável pelo resumo





RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Romário Gomes Marinho	N.º Registro	58423831	N.º Reg.	
Idade:	44	Sexo:	M	Enf.	SUS
GRUPO:		Clinica:	Unidade Hospitalar	Leito:	01

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:	Estenose traqueal + traqueíte	C.I.D.	
----------------------	-------------------------------	--------	--

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

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

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

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:	Debridamento traqueal; Reparação cirúrgica de estenose traqueal
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	

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

INFECÇÃO EM:	☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL:	☐ SIM ☒ NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:			

CONDIÇÕES DE ALTA:	☒ MELHORANDO ☐ REMOVENDO ☐ NÃO FEITO ☐ CURADO ☐ ÓBITO
--------------------	---

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

Paciente 44 anos, com entrada em serviço em 01/06/17, devida a Estenose traqueal + traqueíte após 25 dias de internação com insucesso terapêutico. Realizou tratamento cirúrgico de Debridamento traqueal com colocação de prótese de metal de 2 cm. Evolução satisfatória com melhora da respiração. Evolução satisfatória com melhora da respiração. Evolução satisfatória com melhora da respiração.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Repouso relativo em casa por ____ dias.
Retorno às atividades sem restrições em ____ dias.
Retorno às atividades com restrições físicas por ____ dias e com restrições em ____ dias.

GUIADECOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar 4x com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, coceira, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de urgência do Hospital Universitário.

RETORNO: - Ao ambulatório de EGRESSOS em ____ para retirada de pontos.
- Ao ambulatório de ____ Dr. Daniel Pinheiro em 19/06/17

Data: 09/06/17

RESUMO DE ALTA - 17/06/17

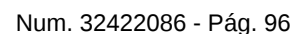
REPROGRAFIA



GOVERNO
DARABARA

Name: Rinalda Gamaral da Silva
 Sem: 1.º

Evolução Psicológica

[illegible]

COPIA

Handwritten notes and signatures:
 17/07/2020
 SUELIO MOREIRA TORRES
 (delegado de saúde)
 17/07/2020
 SUELIO MOREIRA TORRES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

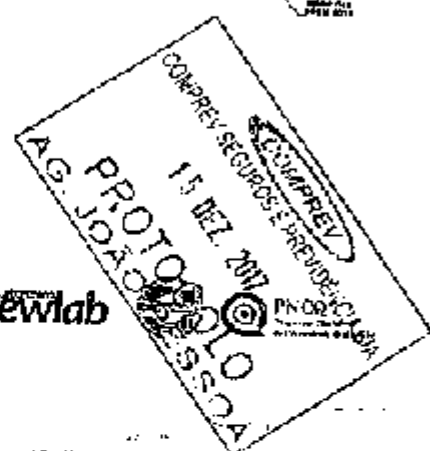
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO
 17/07/2020 10:00:48

ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
 Data: 17/07/2020
 Hora: 10:00:48

EXAME: Hemograma completo
 Resultado: Hemoglobina: 14,5 g/dL; Hematócrito: 45,5%; Hemácias: 4,5 milhões/mm³; Plaquetas: 250.000/mm³.

EXAME: Coagulograma
 Resultado: TP: 14,5 segundos; TAP: 32,5 segundos; Fibrinogênio: 4,5 g/L; Fibrinólise: Negativa.



Hospital de Emergência e Traumatismo - Hospital de Emergência e Traumatismo

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO!
PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*

Illustrations of hand hygiene and contact precautions:
 1. Lavar as mãos com água e sabão.
 2. Usar álcool em gel.
 3. Usar luvas.
 4. Usar máscara e óculos.

*até a alta hospitalar

Paciente: **Renildo Gomes Marques**
 Material coletado: Secreção
Pseudomonas spp.
MULTIRRESISTENTE

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação.
 Intermédios e/ou derivados: RALAM - 5881 (CCIH)

Data: ____/____/____

Logo: CCIH



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA DE ANESTESIA

Paciente: **ROMAEL** Data: **01/08/2017**

Local: **TELEUTIÓRIO**

Procedimento: **Exat. de abdome - laparoscopia**

Medicamentos: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Observações: **Wheal cutâneo em abdome**

ANESTESIA

Pre-anestesia: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Anestesia: **Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Recuperação: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Observações: **Wheal cutâneo em abdome**

GOVERNO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

Formulário de Anestesia

Paciente: **ROMAEL** Data: **01/08/2017**

Local: **TELEUTIÓRIO**

Procedimento: **Exat. de abdome - laparoscopia**

Medicamentos: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Observações: **Wheal cutâneo em abdome**

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Descrição da Operação

Paciente: **ROMAEL** Data: **01/08/2017**

Local: **TELEUTIÓRIO**

Procedimento: **Exat. de abdome - laparoscopia**

Medicamentos: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Observações: **Wheal cutâneo em abdome**

GOVERNO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DON LUIZ GONZAGA FERNANDES

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica

Paciente: **ROMAEL** Data: **01/08/2017**

Local: **TELEUTIÓRIO**

Procedimento: **Exat. de abdome - laparoscopia**

Medicamentos: **Midazolam 1mg/kg, Propofol 1.5mg/kg, Fentanil 50mcg/kg**

Observações: **Wheal cutâneo em abdome**

Tempo	PA	Pulso	SatO2	Respiratório	A. Máx.	Temp. Escal.
14:00	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:05	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:10	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:15	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:20	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:25	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:30	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:35	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:40	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:45	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:50	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
14:55	120/80	100	98%	12	36.5	36.5
15:00	120/80	100	98%	12	36.5	36.5

Observações

Recuperação Pós-Anestésica

Wheal cutâneo em abdome

Assinatura Responsável

Assinatura

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PROTOCOLO DE CUIDADOS

15 DE JUL 2017

COMPANHIA DE CUIDADOS



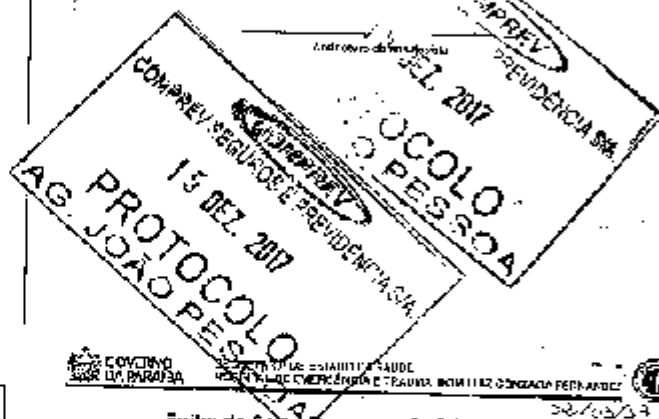
TABELA DE ALDRETE E KIRKULIN MODIFICADA
(Critérios para admissão em UTI)

Critérios para admissão de cada um dos parâmetros de avaliação	Nota máxima	Nota mínima
Máximo líquido = 0		
Máximo líquido = 1		
Máximo líquido = 2		
Apêndice = 0		
Respiração limitada, Diapneia = 1		
Respiração normal, Diapneia = 2		
SA = ou 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA = ou 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA = ou 70% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 = 90% com cateter = 0		
Sat O2 = 90% com cateter = 1		
Sat O2 = 90% com cateter = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Responde ao chamado = 1		
Completa o chamado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinado eletronicamente

TABELA DE ALDRETE E KIRKULIN MODIFICADA
(Critérios para admissão em UTI)

Critérios para admissão de cada um dos parâmetros de avaliação	Nota máxima	Nota mínima
Máximo líquido = 0		
Máximo líquido = 1		
Máximo líquido = 2		
Apêndice = 0		
Respiração limitada, Diapneia = 1		
Respiração normal, Diapneia = 2		
PA = ou 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA = ou 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA = ou 70% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 = 90% com cateter = 0		
Sat O2 = 90% com cateter = 1		
Sat O2 = 90% com cateter = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Responde ao chamado = 1		
Completa o chamado = 2		
TOTAL DE PONTOS		



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Formulário de anamnese e exame físico para cirurgia geral. Campos incluem: Nome, Data, Hora, Local, e uma tabela de anamnese com perguntas sobre sintomas, histórico, e exame físico.

Ficha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica

Ficha de recuperação pós-anestésica. Campos incluem: Nome, Data, Hora, Local, e uma tabela de avaliação com perguntas sobre sinais vitais, nível de consciência, e outros parâmetros.





Paciente: Nome do Paciente Idade Sexo
 Data: 11 11 2017

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudanças de Diagnósticos, condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente e/ou cuidador, orientações para assistência em nível profissional que a faz.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
08/03/17	1ª consulta. Sinais vitais: TA 120/80 - FC 70 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: iniciar com 1 comprimido de Amlodipino 5mg 1x1. Orientações: controle a pressão arterial, dieta saudável, atividade física regular.	
15/03/17	2ª consulta. Sinais vitais: TA 130/90 - FC 75 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	
22/03/17	3ª consulta. Sinais vitais: TA 125/85 - FC 72 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	



Paciente: Nome do Paciente Idade Sexo
 Data: 11 11 2017

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudanças de Diagnósticos, condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente e/ou cuidador, orientações para assistência em nível profissional que a faz.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
08/03/17	1ª consulta. Sinais vitais: TA 120/80 - FC 70 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: iniciar com 1 comprimido de Amlodipino 5mg 1x1. Orientações: controle a pressão arterial, dieta saudável, atividade física regular.	
15/03/17	2ª consulta. Sinais vitais: TA 130/90 - FC 75 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	
22/03/17	3ª consulta. Sinais vitais: TA 125/85 - FC 72 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
08/03/17	1ª consulta. Sinais vitais: TA 120/80 - FC 70 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: iniciar com 1 comprimido de Amlodipino 5mg 1x1. Orientações: controle a pressão arterial, dieta saudável, atividade física regular.	
15/03/17	2ª consulta. Sinais vitais: TA 130/90 - FC 75 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	
22/03/17	3ª consulta. Sinais vitais: TA 125/85 - FC 72 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
08/03/17	1ª consulta. Sinais vitais: TA 120/80 - FC 70 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: iniciar com 1 comprimido de Amlodipino 5mg 1x1. Orientações: controle a pressão arterial, dieta saudável, atividade física regular.	
15/03/17	2ª consulta. Sinais vitais: TA 130/90 - FC 75 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	
22/03/17	3ª consulta. Sinais vitais: TA 125/85 - FC 72 - FR 18 - SpO2 98% em ar ambiente. Exame físico: sem alterações. Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica. Tratamento: manter a medicação. Orientações: continuar com o tratamento.	

COMPRESSO DE PREVIDÊNCIA S/A
 15-DEZ-2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



[illegible][illegible][illegible][illegible]



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLÍCIA MATRICULA:

FERNANDA GUEDES/1543939

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

Na Rodovia

MUNICÍPIO:

CAMPINA GRANDE/PB

BR:

230

KM:

132.0

SENTIDO:

Decrescente

DESCRIÇÃO DO LOCAL:

Boletim de ocorrência



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 PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



Sem Imagem

DEMO DO PATRIMÔNIO PÚBLICO:

Placa vertical de marco kilométrico (KM 132)

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

Corpo de bombeiros

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Compareceram 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 dev do a ocorrência de um primeiro acidente, ocasionando a parada de veículos sobre a via e consequentemente o acontecimento de mais um acidente.

COMPREV
COMPREV REQUERES E PREVIDÊNCIA CIA.
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO SR FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543939

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

NÚMERO DE CONTROLE: 5242AFF6A9D0F8E65D035F780856

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobas/autenticar

Página 1 de 27

01





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



PROTOCOLO:
17020231B01

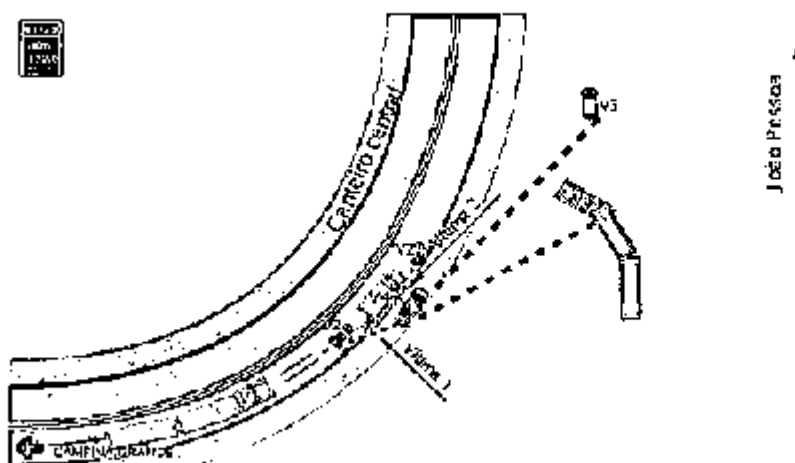
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V2 V1
2	Queda de ocupante do veículo	V2
3	Colisão traseira	V ¹ V3
4	Saída de leito carroçável	V ¹ V3

Croqui



Narrativa

Segundo observações do local do acidente e relato do Sr. Joel Rodrigues da Silva, condutor de V4, Ford Cargo 815E, placas MXT7706, esta vinha trafegando pela BR 230, sentido decrescente, quando, na altura do km 132 avistou uma aglomeração de pedestres em cima do pista de rolamento (mais tarde constatou tratar-se de curiosos que pararam irrogadamente 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 da 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 do Ford Cargo parou uma motocicleta, V2, Honda CG 150 Titan KS, placa NPW2416. Em seguida, V1, Volvo FH 400, placas MOV9656 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, deslaram para o acostamento e colidiram com V3 (Fiat Uno), jogando-o para fora da pista em um arranco e também caíram.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA BLEDES MATR GULA 143335

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

NÚMERO DE CONTROLE: 92424150BDECE845000537BC853

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novo/bo/sautenticar

Página 2 de 27





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL V1	PLACA MDW9856	MARCA/MODELO VOLVO/FH 100 6X2T	ANO FABRICAÇÃO 2008
SITUAÇÃO Tractionador		TIPO DE VEÍCULO Caminhão-trator	
CHASSI 9BVASGDC88F744108	RENAVAM 00923249830	PAÍS BRASIL	
ESPECIE Tracção	CATEGORIA Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES O cronotacógrafo estava sem disco. Al nº T104669345			
NOME DO PROPRIETÁRIO JEFFERSON POLETO		CPF/CNPJ 982.350.570-53	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO AV ASSIS CHATEAUBRIAND 2282			NUMERO 02282
COMPLEMENTO			BAIRRO
MUNICÍPIO/UF CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE		EMAIL	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Cronotacógrafo			
OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO: Sim		PREFERENCIA DE EQUIPAMENTO: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Não
TEMPO DE PARADA PARA ATENDER A LEGISLAÇÃO: Não		DISCO DIAGRAMA FOTORECOLHIDO: Não	

COMPREVEV
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PR. FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1843908
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTRÔLE: 8242AFE30BED5E68A26D0353F780658
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolautenticar

Página 3 de 27

03





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

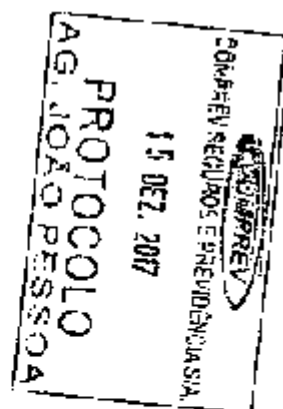


PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SERIE/ENCAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	KIS4214	SR/RANDON SR CA	2001
SITUAÇÃO:		TIPO DE VEÍCULO:	
Rebocado		Semirebocue	
CHASSI:	RENDAVID:	PAIS:	
RADG071211M102851	50765848837	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA:	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Carga	Aluguel	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
NOME DO PROPRIETÁRIO		CPF/CNPJ	
HESBELO RIBEIRO DE FARIAS		100.164.324-15	
Dados de Endereço			
LUGAR/ENDEREÇO			NÚMERO:
RUA JOSÉ SOARES DE SANTANA 254			00254
COMPLEMENTO:			BARRIO
MUNICÍPIO:			
CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Veículo sem carga.			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1643939

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:06

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF668BEC5F88F8D353F730856

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoaba/autenticar

Página 4 de 27

04





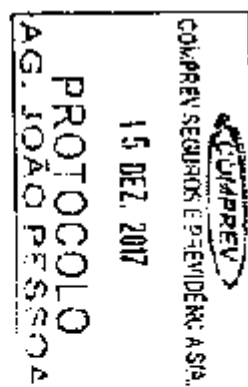
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V1	PLACA: KIS4194	MARCA/MODELO: SR/RANDOL SR CA	ANO FABRICAÇÃO: 2001
SITUAÇÃO: Rebocado		TIPO DE VEÍCULO: Semi-reboque	
CHASSI: 9ADG071211M182850	RENDAVAM: 00757424937	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: FESBELO R BEIRO DE FARIAS		CPF/CNPJ: 160.154.324-15	
Dados de Endereço			
LOCALIDADE: RUA JOSE SOARES DE SANTANA 254		NÚMERO: 00254	
COMPLEMENTO		BAIRRO:	
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo sem carga			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1843819
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFF68FF15F8A88D363F7B0658
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novabot/sintoniaoc

Página 5 de 27

05





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: NPW2416	MARCA/MODELO: HONDA/CG 50 TITAN MIX KS	ANO FABRICAÇÃO: 2005
SITUAÇÃO: Trocador		Tipo de Veículo: Motocicleta	
CNABR: 9C2KC18109R027163	RFTAVAM: 00152735390	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRANC MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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

NOME DO PROPRIETÁRIO:

RINALDO GOMES MARQUES

CRIANÇA:

016.843.627.26

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

R JOAQUIM F OLIVEIRA SN CASA

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

CASA

BARRIO:

MUNICÍPIO:

INGATE

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

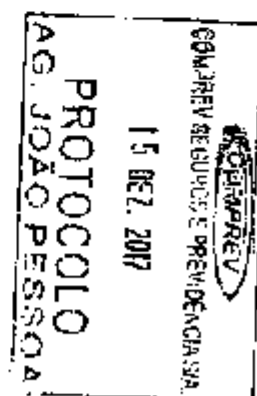
MOTIVO:

Ausência de responsável

TIPO DE RECEPTOR

Depósito credenciado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



OK





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

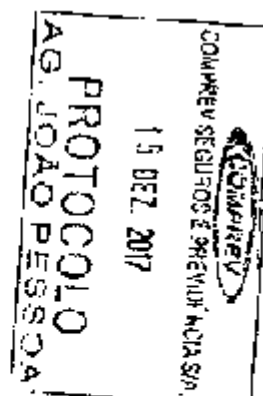


PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V0	PLACA: KGH8098	VARCAMODELO: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX	ANO PARTICIPAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BD15822774859045	R.F.V.A.U.M.: 00899844570	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado no acostamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo estacionado no acostamento, pois seu condutor tentava ajudar outro condutor envolvido em outro acidente.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: WILLIAMS GERALDO SILVA		CPF/CNPJ: 161.340.794-72	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R JOAO M S RIBEIRO 68			NÚMERO: 00028
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO: CAMP NA GRANDE/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUZZES, MATRÍCULA 1643908

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

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AF68B8ED5F8A9F6D0343F7B085B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolbutton1car

Página 7 de 27

8





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V4	PLACA: MXT7705	MARCA/MODELO: FORD/CARGO 815 E	ANO/FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tractionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão	
CHASSI: 9BFFVCE1N478B96481	RENAVAM: 00933591092	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Carga	CATEGORIA: Alugue	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado na faixa de rolamento	

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:
JOEL RODRIGUES DA SILVA

CONTATO:
020 910.934-32

Dados de Endereço

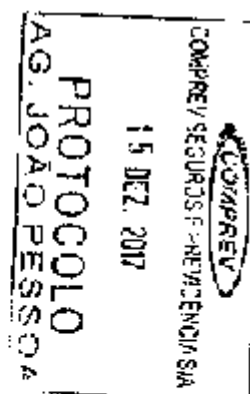
LOGRADOURO: RUA BELO JARDIM	NÚMERO: 556
COMPLEMENTO: CASA	BARRIO:
MUNICÍPIO: SAO LOURENCO DA MATA/PE	
TELEFONE:	E-MAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Cronofacógrafa

OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO: Sim	PRESEÇA DO EQUIPAMENTO: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Sim
TEMPOS DE PARADA ATENDE A LEGISLAÇÃO: Sim	DISCO DIAGRAMA POTREROLHILLO: Não	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543938

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:05

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF66BEC6E809D6C3537C005C

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pr.gov.br/novobateutenfcar

Página 8 de 27

08



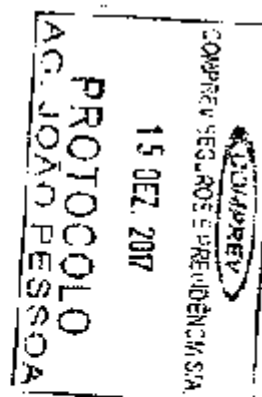


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOI ETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATR. GJLA 1843536

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:00

NÚMERO DE CONTROLE: 624CA7E66BED5E68856DC68F7D0659

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novo/ba/autenticar

Página 8 de 27

09





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

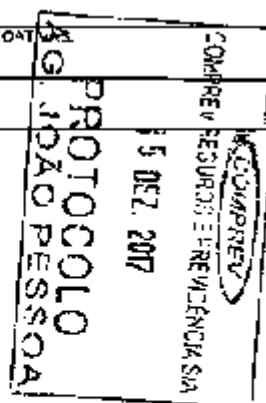


PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUÊNCIA/PLACA/MARCA/MODELO: V- / MOA9636 / VOLVO/FH 400 6X2T		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JOSE VICENTE JUSTINO F.LHO		DATA DE NASCIMENTO: 10/04/1955
CPF: 132.243.284-87		SEXO: Masculino
ORGÃO EXPEDIDOR:		NOME DA MÃE: LINDALVA BEAHM DO NASCIMENTO
DADOS DE ENDEREÇO		
LUGAR/PAÍS: RUA CASTRO ALVES		NÚMERO: 233
COMPLEMENTO: CASA		BARRIO: JOSE PINHEIRO
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE: 83 98742 6341		E-MAIL:
DADOS DA HABILITAÇÃO		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: E
MOTORISTA PROFISSIONAL: Sim	NPDC REGISTRO: 0- 24B449505	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 17/03/1976		VALIDADE DA CNH: 28/04/2020
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO PSICOLÓGICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CARRUAGEM: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO EPILOMETRO "O" POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
USAVA SINAIS DE EMERGÊNCIA: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Não foi feito o Teste de etilômetro devido ao grande tumulto no local.		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUZDES, MATRÍCULA 164909
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:03 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF666BED5E8966D353F7B0856
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/microsites/autenticidade

Página 10 de 27

10





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / NPW2418 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS		ENVOLVIMENTO: Condutor PROPRIETÁRIO
NOME: RINALDO GOMES MARQUES	CPF: 016.843.627-25	DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1972
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: RISOMAR GOMES DA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA	NÚMERO: 54
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: CAZUZINHA
MUNICÍPIO: INGA/PE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CL. ESCRITA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO: 02542612908	UF: PE
Não		
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 21/03/1997	VALIDADE DA CNH: 26/11/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

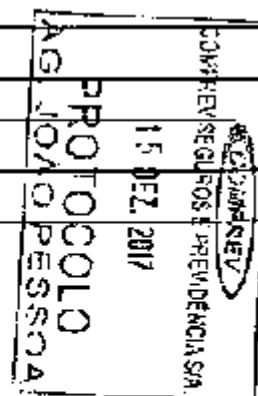
Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE GRANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETLÔMETRO FO POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: NÃO	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: NÃO
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		

USOU SIGAS DE EMBRIAGUEZ? Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
----------------------------------	--

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Condutor socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRT FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 4643819
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:06 NÚMERO DE CONTROLE: 8242AF688BE03E88B65D353F7B0855
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolautenticar

Página 11 de 27





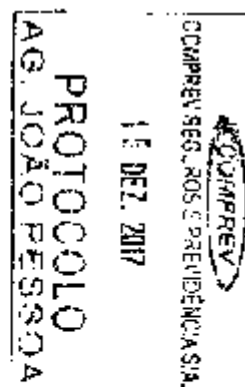
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1343808

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

NÚMERO DE CONTROLE: 0242AFE66BEC5E88968C36317C0859

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pr.fgov.br/novobaautenticar

Página 12 de 27

12





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS		ENVOLVIMENTO Passageiro
NOME: GEOVANE DA SILVA ANDRADE	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 06/11/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 7321751	ORGÃO EXPEDIDOR: SSP PB	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: VOLVE DA MÃE.		

Dados de Endereço

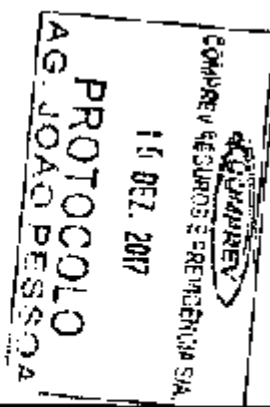
LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	
TELEFONE: 83 99334 9409	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USUÁRIO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA O SEU CINTO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Passageiro socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PM FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1643339
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:06 NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFEC6BED05E88866DC53F7B0A38
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoeventoautenticar

Página 13 de 27





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BO: FTM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V3 / KGH0098 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: CARLOS ANTONIO LIMA	CPF: 272.550.424-49	DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1982
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EMISSOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Divorciado(a)	NOME DA MÃE: JOSEFA FIRMINO DE LIMA	
Dados do Endereço		
LOGRADOURO: SÍTIO BRITO	NÚMERO: 58	
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: GALANTE	
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE: 83 98616 7931	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO: BR	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL	Nº DO REGISTRO: 01342-41377	UF: PB
Sim		
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 24/07/1985	VALIDADE DA CNH: 06/08/2017	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETÍLOMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: Não	NECESSOU-SE A REALIZAÇÃO DO TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
WILKES SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Não foi feito o teste de Etômetro devido ao grande tumulto no local.		

COMPREENSIVO
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUDES, MATRÍCULA 164059
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 12:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFEGGBED5E05688D333F78095A
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/revista/autenticar

Página 14 de 27

14





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PAC/MARCA/MODELO: V4 / MXT7708 / FORD/CARGO 815 E		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO	
NOME: JOEL RODRIGUES DA SILVA		GPF: 020.912.934-32	DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1976
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:		ORGÃO EMISSOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(s)		NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DA SILVA	

Dados do Endereço

LOGRADOURO: RUA DO JARDIM		NÚMERO: 0003000556	
COMPLEMENTO: CASA		DISTRITO: CENTRO	
MUNICÍPIO: SAO LOURENÇO DA MATAPÉ			
TELEFONE: 81 98691 7301	EMAIL:		

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AC
VEICULISTA PROFISSIONAL: Sim	Nº DO REGISTRO: 02334239682	UF: PE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 05/02/1998	VALIDADE DA ENH: 12/07/2019	

OBSERVAÇÕES DA DRE:

1315

Circunstâncias

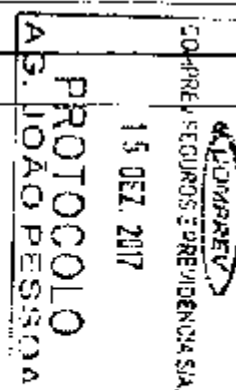
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO (SE POSSÍVEL): Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: NÃO

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VEICULISTA MAIS DE EMBOIAGUÇ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: Não
--------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Não foi feito o Teste de Etilômetro devido ao grande tumulto no local.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GLEDES MATRICULA 543339

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFEG0B0E0E3B80CD303F7B0356

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolabotentilar

Página 16 de 27

15





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AValiação DE DANOS

SEGURADORA/PLACA/MARCA/MODELO

V1 / MOW9656 / VOLVO/FH 400 6X2T

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

FERNANDA GUEDES/1643939

NÚMERO DO BOM

17020231B01

DATA/HORA

07/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s); painel corta-fogo, soleira ou assento.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o eixo(s).	M		X	
3	Para choque traseiro danificado	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais	G		X	
13	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado torcionalmente na região onde está fixada a suspensão	N		X	
15	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

CHAVEIRO DA MONTA

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

P

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1643939

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:58

NÚMERO DE CONTROLE: B212AF-ESB-ED-CEB-88056D-383F-B3B56

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novo003/m/consultar

Página 16 de 27

36





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



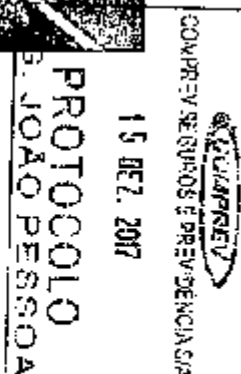
IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1641009

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFEE6BEC5E8896C353F7E0852

VERIFICAÇÃO DE AUTENTIFICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/funcoes/autenticar

Página 17 de 27

17





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AValiação de Danos

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO

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

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

FERNANDA GUEDES/1543838

NÚMERO DO BAT

17020231B01

DATA/HORA

01/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento(s).	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga ou afetando os componentes de ligação da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque baseino danificado	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	N			

DIMENSÃO DA VOLTADA

Pequena

PROTOCOLO
15 DEZ 2017
AG. J. O. PESSOA
COPIA DEV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543838

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 15:06

NÚMERO DE CONTROLE: 3242AF668ED5E8586SD3537D0050

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 19 de 27

18





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

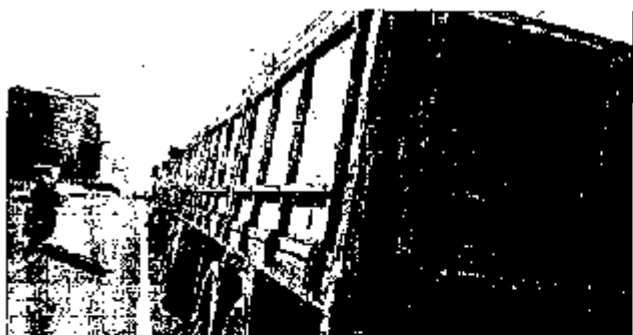
IMAGEM DA FRENTE (Rebocado de V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (Rebocado de V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)



RECEBUEIRO
15 DEZ. 2017
COMPRÉO SEGURANÇA PREVIDENCIAL
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PMF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1640839

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 13:06

NÚMERO DE CONTROLE: 02420FE66B-056E8866D363F7B066B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pf.gov.br/novotb/autenticar

Página 19 de 23

19





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

VEICULO/FABRICA/MARCA/MODELO:

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

NOME/ATRIBUIÇÃO DO ACIDENTE:

FERNANDA GUEDES/1543939

NUMERO DO BAF:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), ou nel corte fogo, colisão ou assalto.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G		X	
13	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado torcionalmente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

ENDEREÇO DA VONTA

Provena

PROTOCOLO
JOÃO PESSÓ

15 DEZ. 2017

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

COMPREVE

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543939

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

NÚMERO DE CONTROLE: 5242AF6

5242AF688360C53F0B0853

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoportal/autenticar

Página 29 de 27

20





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (Rebocado de V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (Rebocado de V1)

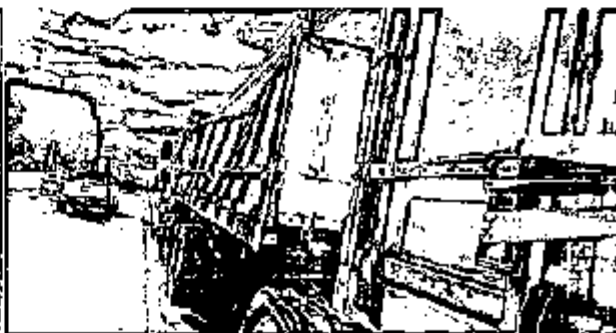
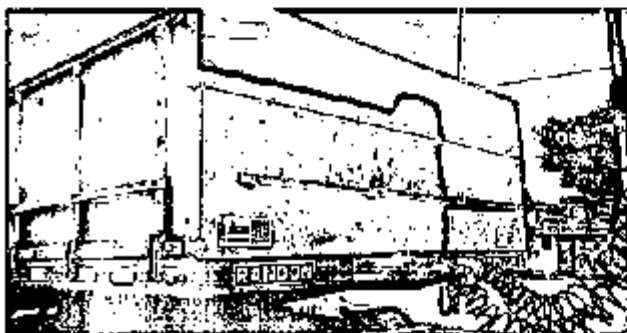


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1643938

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/01/2017 18:06

NÚMERO DE CONTROLE: 6242A-FE66BED5E68866D153F78C858

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novo2020/autenticar

Página 21 de 27

21





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AValiação de danos

SÉQUENCIA PLACATA/RCA/MODIFIC

V2 / NPW241G / I IONDA/CG150 TITAN MIX KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES/1543939

NÚMERO DO BAY:

17020231B01

DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NAO	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 (tricolos)		X	

VALOR GERAL (SIM - NA):

4

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

COMPREV
REV. CEN. DOS E PREVIDENCIA S/A
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543939

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:03

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFES6BED5E83E6D353F7DC050

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prp.gov.br/novobaseautenticar

Página 22 de 27

22





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

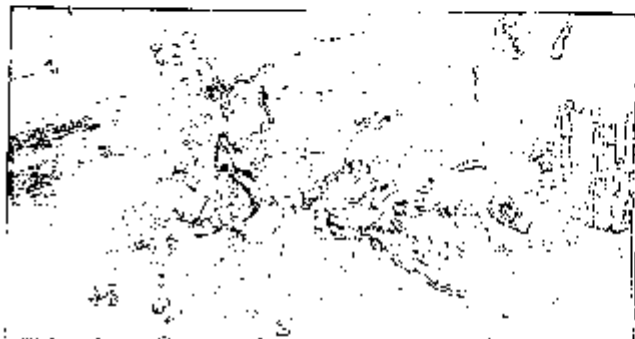
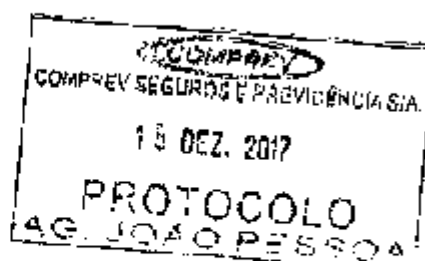


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PM FERNANDA GUEDES MATRICULA 1643939

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242A-E66B-E06d-8866D363F7B0B58

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/autenticar

Página 23 de 27

23





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUÊNCIA/PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / KGH0090 / FIAT/LINO MILLE FIRE FLEX

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

FERNANDA GUEDES/1543939

NÚMERO DO BAY:

17020231B01

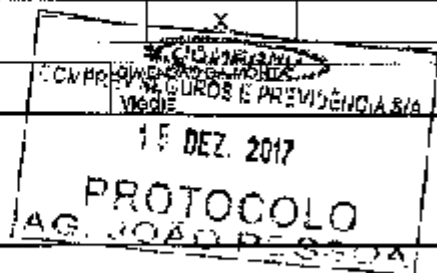
DATA/HORA:

01/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corte-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	Assento central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assento cortamalas ou capômba		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	Assento central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA)

3



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PM FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1543939

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:32

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFF8B8F05E3863D3C3F7B0853

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO NA INTERNET: www.arf.gov.br/novo/boletim/autenticar

Página 24 de 27

24





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V3)



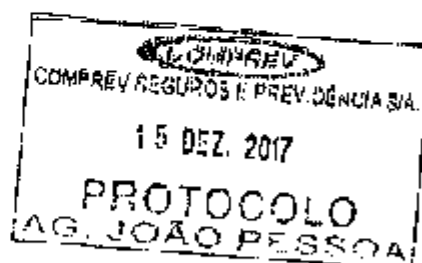
IMAGEM DA TRASEIRA (V3)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V3)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V3)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1542620

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF-ES06LUS68865L353F7B0863

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolautenticar

Página 25 de 27

25





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



PROTOCOLO:
17020231801

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL DA LAMARCA/MODELO

V4 / MXT7706 / FORD/CARGO 815 E

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

FERNANDA CUEDES/1543939

NÚMERO DO BAT.

17020231801

DATA/HORA

01/03/2017 11:45

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando colunas(s), dianteiras ou traseiras(s), painel contra-fogo, soleira ou rescalço	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver), atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes da unidade na base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi	G		X	
16	Atributo (se existir)	M		X	

COMPROVANTE
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELA PRF FERNANDA CUEDES, MATRÍCULA 1543939

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 15:08

NÚMERO DE CONTROLE: 32424F5B6BED5E8852D553F7BC445

VERIFICAÇÃO DE AUTENTIFICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 28 de 27

26





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



PROTOCOLO:
17020231B01

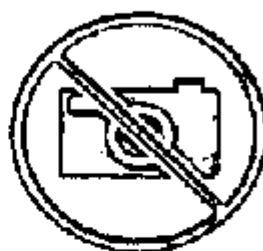
STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V4)

IMAGEM DA TRASEIRA (V4)



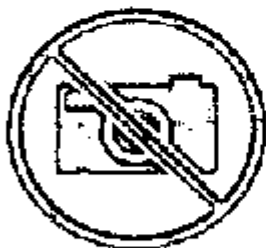
Sem Imagem



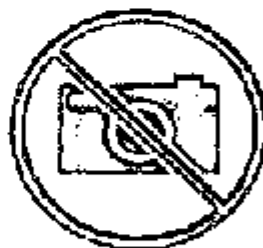
Sem Imagem

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V4)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V4)



Sem Imagem



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FERNANDA GUEDES, MATRÍCULA 1512039

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:09

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BEC5E88B6C353F7E085E

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/funcoes/validar/validar.asp

Página 27 de 27

24





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM LUITA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221706 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima 036.843.627-25	Nome completo da vítima Rinaldo Gomes Marques
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rinaldo Gomes Marques		CPF titular da conta 036.843.627-25	Proibição ---
Endereço Rua Joaquim Boneto de Oliveira		Número S/N	Complemento ---
Bairro Cruzujubia	Cidade Imbuiz	Estado PB	CEP 58390-000
E-mail (83)			Telefone (DDD) 98243.2421

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INEFICAZ ☐ R\$ 3.000,00 ATE R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.000,00 ATE R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ AGRADADE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (00) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA 0348	D/V S	CONTA 026630	D/V S	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO nome Agência Uniforme (digite se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 05 de 2018

Local e Data

Rinaldo Gomes Marques

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e
Conta de Poupança Curo e/ou Poupança Poupeix
Pessoa Física**

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 1345-5 - INGA (PB), inscrita no CNPJ nº 000.000/0458-70, (II) Associação de Poupança e Empréstimo - Poupeix, CNPJ nº 00.055.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupeix, doravante denominada Poupeix, por intermédio do Banco do Brasil S.A.,

PropONENTE/Contratante 1: RINALDO GOMES MARQUES, inscrito(a) no CPF sob o nº 018.843.627-25, casado, sexo masculino, brasileiro(a), natural de INGA (PB), nascido(a) em 20/07/1972, filho(a) de SEVERINO MARQUES DA SILVA e RIZOMAR GOMES DA SILVA, portador(a) do(a) carteira nacional de habilitação nº. 02349612506, emitido(a) em 27/11/2014, pelo(a) DETRAN - PB, do lar, endereço residencial: RUA JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA S/N, CAZUZINHA, INGA - PB, CEP 58.385-000, telefone(s) (83) 99348-0857, casado(a)-comuns, parceiro(a) com RONEIDE MONTEIRO MARQUES.

Dados da conta

Agência 1345-5, conta-corrente nº 26.650-2, poupança curo nº 510.026.950-5, poupança poupeix nº 890.026.890-7, conta individual, aberta em 28.03.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O PropONENTE/Contratante declara ter conhecimento de que pode optar por:

- ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN nº 2.564, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo 2 esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo 2 a proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, cliente de que: (a) poderá utilizar cartões e tarifas individualizadas; (b) fará jus aos benefícios dos SERVIÇOS ESSENCIAIS, inclusive a respeito da cobrança de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil para os serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades fixas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) PropONENTE(s)/Contratante(s) identifica(m) a proposta e o Contratante aceita a abertura da conta corrente e/ou conta de Poupança Curo e/ou Poupança Poupeix.

O(s) PropONENTE(s)/Contratante(s) declara(m)-se cliente(s) e do peso acordo com as disposições contidas nas Disposições Gerais do Contrato do Conta-Corrente e Conta de Poupança Curo e/ou Poupança Poupeix, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 324.266, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato de assinatura deste instrumento.

O(s) PropONENTE(s)/Contratante(s) declara(m)-se cliente(s) e, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, desde que as condições disponibilizadas pelo BB, mediante assinatura do novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O PropONENTE/Contratante autoriza que os saldos devedores da conta-corrente ou a parte que não foram pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas correntes ou aplicações financeiras.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:48





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 077 204 ou 0430 221200 (para quem possui pessoas com deficiência ou idosa).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Seguro ou ASI: _____ CPF do Vítima: 016.843.627-25 Nome completo da vítima: Ronaldo Gomes Marques

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ronaldo Gomes Marques CPF titular da conta: 016.843.627-25 Profissão: Recebe
Endereço: Rua Joaquim Faustade Oliveira Número: 50 Complemento: _____
Bairro: Cruzília Cidade: Itajaí Estado: Paraná CEP: 83380-000
E-mail: _____ Telefone (DDD): 083194608 C102

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.000,01 A R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.000,01 A R\$ 3.000,00	☐ R\$ 3.000,01 A R\$ 4.000,00	☐ R\$ 4.000,01 A R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.000,01 A R\$ 6.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRANCO (341) ☐ BRANCO DO BRASIL (342) ☐ ITAJÁ (343) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (344)			
AGÊNCIA NR: _____	CV ____	CONTA NR: _____	CV ____
(informar dígito de controle)		(informar dígito de controle)	
☐ CONTA CORRENTE (Assinale uma opção): BANCO Nome: <u>Itaú</u> NR: <u>7674</u>		☐ CONTA NR: <u>02595</u>	
(informar dígito de controle)		(informar dígito de controle)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, recebo e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 16 de Novembro 2017
Local e Data

Ronaldo Gomes Marques
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

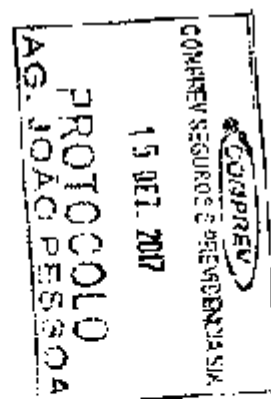
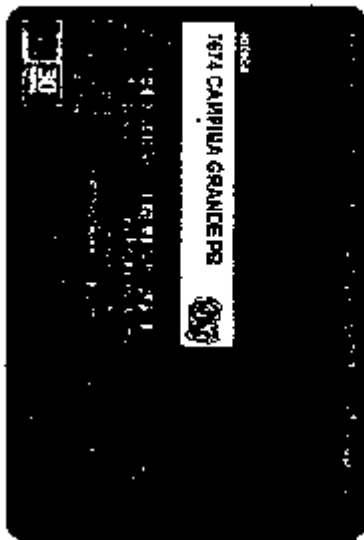
Autorização de pagamento



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

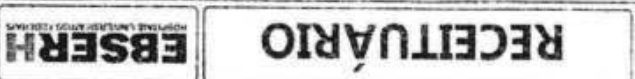
FAPPE-001 V001/2017





132



Para marcação de exames, consultas e cirurgias: - PSF do seu bairro - Secretaria de saúde do seu município # Urgências: - SAMU 192 - Corpo de Bombeiros 193	CNPJ - 15.126.437/0017-00 CAMPUS I - S/N - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 58050-000 Dr. MELHORE SUA LETRA:  <i>[Faint handwritten text]</i>
Data:	Prontuário:
Nome do Paciente:	<i>[Faint handwritten text]</i>
	





5

HULW
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO VITTORELETTI

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
RETORNO

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

NOME DO USUÁRIO: RINALDO GOMES MARRONES

DATA: 30/08/2013

PRONTUÁRIO HULW: 58423832

CARTÃO DO SUS: 58423832

DESCRIÇÃO DA PATOLOGIA: 1

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: CRIM-BO 2645
CRIM-BO 2645

ESPECIALIDADE MÉDICA: TOXICOLOGIA

TIPO DE ENCAMINHAMENTO:

1º RETORNO:	DIA:	MES:	GRUPO:

2º RETORNO:	DIA:	MES:	GRUPO:

RETORNO OBRIGATORIO: DATA: 20/06

ALTA: ☒

OBSERVAÇÕES:
1- CARO PACIENTE, A MARCAÇÃO DE SUA CONSULTA SÓ SERÁ POSSÍVEL MEDIANTE APRESENTAÇÃO DESTA DOCUMENTO.
2- NÃO SEU RETORNO OBRIGATORIO, APÓS A TERCEIRA CONSULTA, A MESMA DEVERÁ SER MARCADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA ATRAVÉS DA SUA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA, COM O FORMULÁRIO ESPECÍFICO (FICHA DE ENCAMINHAMENTO-REFERÊNCIA).

030-2017 Reprografia

01 OUT. 2013
PROTOCOLO
2.1.1.10 PESSOA

51



HULW
HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO
LABORATÓRIO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

RETORNO



EBSERH
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

NOME DO USUÁRIO RICARDO GILLES MARRAS

PROFESSOR HULW 058423839

CARTÃO DO SUS 058423839

DATA 20/08/2020

DESCRIÇÃO DA PATOLOGIA

ESPECIALIDADE MÉDICA Cardiologia

TIPO DE ENCAMINHAMENTO

1º RETORNO : DIA: MES: GRADE:

2º RETORNO : DIA: MES: GRADE:

RETORNO OBRIGATORIO: DATA: HORA: GRADE: 2046

ALTA: ☒

OBSERVAÇÕES:

1- CARO PACIENTE, A MARCAÇÃO DE SUA CONSULTA, SÓ SERÁ POSSÍVEL, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DESTA DOCUMENTO.

2- NÃO SENDO RETORNO OBRIGATORIO, APÓS A TERCEIRA CONSULTA, ACESSARÁ AUTOMATICAMENTE A REDETERMINAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA A TRAVÉS DA SUA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA COM O FOMENTO ÀS ESPECIALIDADES DE ENCAMINHAMENTO REFERENCIADA

030-2017 Reprografia



CÓPIA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE INGÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NÚMERO DO CADASTRO

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

Nome da Unidade: Secretaria de Saúde - Policlínica Tarcísio Rêty

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: Ingá U.F.: PB

PACIENTE Rinaldo Gomes Marques

ENDEREÇO R. Joaquim Lauro de Oliveira

BAIRRO Cozinha II

IDENTIDADE 1689302 IDADE 47

ORIGEM

PAM ☐

SES ☐

SSM ☐

DADOS CLÍNICOS Apresenta rouquidão e respiração ESPECIALIDADE DO ~~paciente~~ REQUISITANTE Otorrinolaringologista

Paciente traqueostomizado. Estenose laríngea

MATERIAL A EXAMINAR do laríngea

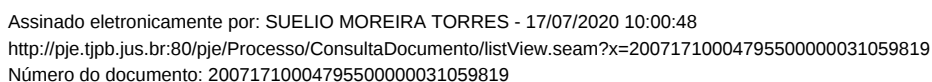
EXAMES SOLICITADOS Solicito avaliação otorrinolaringológica

25, 07, 2017

DATA

Homanda Ruyssa M. C. Vital
Otorrinolaringologista

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL





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

Campina Grande – PB, 08 de Março de 2017


Médico Plantonista

Médico Plantonista

CÓPIA

Declaração realizada em 02 Vias





HULW		RECEITUÁRIO		EBSERH	
Nome do Paciente: <u>RINALDO GOMES MARQUES</u>					
Data: <u>14/03/17</u>		Prontuário: _____			
4 UNO MÉDICO PLT E CI DIAGNÓSTICO CID 70 J35.5, SUMÁRIO A MULHERES PROCEIMENTOS CI 6105, 536.1. SOLICITA AVALIAÇÃO AGUO 26 BENEFÍCIO SOCIAL 6070 20304 581 COPIA Dr. SUELIO MOREIRA TORRES CNPJ - 15.128.437/0017-00 CAMPUS - 234 - CANTO JUVENIL 4 - CIB 24280-100 Secretaria Simples - 05/2011 Reprografia UM MÓDULO NÃO É MAIS PONTE QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero					

HULW		ATESTADO MÉDICO		EBSERH	
Atesto, que o Sr.(a) <u>Rinaldo Gomes</u>					
<u>Marques</u>					
foi por mim atendido nesta data, no Serviço de <u>Cirurgia</u>					
<u>Tonácia</u>					
apresentando CID: <u>J.955</u>					
necessitando de <u>30</u> <u>Trinta</u> dias de afastamento do					
trabalho, por motivos de doença.					
João Pessoa PB, <u>01</u> <u>06</u> <u>17</u>					
Dr. Rinaldo Gomes CRM-PB 10030 <u>[Assinatura]</u> Assinatura do Médico Carimbo/CRM					
Reprografia					
ATESTADO MÉDICO - 071-2013					



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): Ronaldo 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. K56.5 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 14 / 05 / 17 A 19 / 05 / 17 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 19 / 05 / 17

Dr. Luiz Carlos Sales
MÉDICO ESPECIALISTA
CIRURGIA GERAL
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080

COPIA



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): Ronaldo 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. Reiterume T. RF NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 01 / 13 / 17 A 5 / 14 / 17 NECESSITANDO DE
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 06 / 1 / 17

Dr. Ronaldo Gomes
MÉDICO ESPECIALISTA
CIRURGIA GERAL
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





Paciente: RINALDO GOMES MARQUES Tipo: Eletiva CID:
Data: 06/07/2017 Hora: 10:47:38 Convenio: SUS-PB
Leito: ENFERMARIA Registro:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Tipo de Cirurgia: Eletiva

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

Instrumentador:

Anestesiista:

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
 - SUBLGOTE COM PRÓTESE DE DUMONT A 0,5CM DAS CORDAS VOCAIS. PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTO 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	Via de Acesso
24030015	BRONCOSCOPIA OU BRONCOF. PARA DIAG. COLH. DE MAT. OU BIOPSIA	

CÓPIA

DANIEL PIRES PESSOA
CRM-PB 7445

RUA JOAO 15
CEP: 22222 Tel: 15





RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Rinaldo Gomes Marques	N.º Prontuário	58423831	N.º Reg.	
Idade:	45a	Sexo:	M	CSE:	
		Clinica:	Clínica Cirúrgica	Enf.:	
				Leito:	

DATA DA EMISSÃO:	06/07/2017	DATA DA ALTA:	06/07/2017	TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
------------------	------------	---------------	------------	-----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL:	Tubo de Duodeno	G.I.D.	
----------------------	-----------------	--------	--

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

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

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

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:	Queresecopia flexível - Dr. Daniel + MRI Isabela + MRI Tanny
-------------------------------------	--

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

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

INFECÇÃO F.O.	☐ SIM ☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☐ NÃO
---------------	---	--------------------	---

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

CONDIÇÕES DE ALTA:	☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO
--------------------	---

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

	Paciente em uso de tubo de Duodeno, veio para o serviço para realização de queresecopia flexível com higienização do tubo e retirada de resíduo da mesma. Procedimento realizado sem intercorrências e paciente segue em condições de alta hospitalar com orientações e retorno para ambulatório.
--	---

--	--	--	--

--	--	--	--

DIETA:	líquida	COPIA	
--------	---------	-------	--

REPOUSO:	Repouso 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 Clínica Cirúrgica Dr. Daniel em 07/08/2017
--	--

Data:	06, julho, 2017		
-------	-----------------	--	--

RESUMO DE ALTA - 01/12-2015

REPROGRAFIA



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

OME: RINALDO GOMES MORAES

DN:

PRONT. Nº:

ATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

OMISSÃO: 25/05/17

ALTA: 27/05/17

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

Paciente com relato de estenose traqueal, falta de ar, estridor. Realizou dilatação traqueal há 20 dias.

Resultado dos principais exames

VIDE prontuário

1. Evolução e complicações

Evolveu bem sem complicações.

1. Terapêutica realizada

Dilatação traqueal (26/05/17)

Antimicrobiano

CÓPIA

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Estenose traqueal + traqueíte.

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- 1- Repouso e medicação conforme orientação.
- 2- Retornar ao Hospital de Trauma se apresentar dispnéia.
- 3- Procurar emergência do Hospital Universitário.

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, 24 de maio de 2017

Dr. Eron Maciel Jordani
CIRURGIÃO TORÁCICO
CRM - PB 5863

Responsável pelo resumo



 HULW HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY		RESUMO DE ALTA Referência e Contra Referência - CCIH		 EBSER HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	
Nome: <u>Ronaldo Gomes Marques</u>		N.º Prontuário: <u>55423831</u>		N.º Reg.:	
Idade: <u>54</u>	Sexo: <u>M</u>	CSE:	Clinica: <u>Uny. Ortopedia</u>	Enf.: <u>205</u>	Leito: <u>01</u>
DATA DA EMISSÃO: <u>01/06/2017</u>		DATA DA ALTA: <u>09/06/2017</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Estenose traqueal + traquite</u>				C.I.D.	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: <u>Debridamento traqueal; Reposição de oste traqueal.</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)					
Presente 44 anos, deu entrada neste serviço dia 01/06/17 devido a Estenose traqueal + traquite, após 28 dias de internação em UTI com intubação orotraqueal por 14 dias. Realizou procedimento cirúrgico de Debridamento traqueal com dilatação rígida, colocação de prótese de Dumont, Reposição de oste traqueal sem intubação. Evoluiu clinicamente estável em condições de alta hospitalar.					
 ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO: Repouso 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 <u>Dr. Daniel Pinheiro</u> em <u>19/06/17</u>					
Data: <u>09</u> , <u>06</u> , <u>17</u>					

RESUMO DE ALTA - 010-2015

REPROGRAFIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE FINANÇAS
FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
 Código de Verificação
C8C.1037.796F.7CC8.A243.7A1B.AF40
 Competência: 07/2017

Número da Nota
42749

Data de Emissão
25/JUL/2017
13:07:05

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social / Nome: **SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME**
 CNPJ / CPF: **03.833.073/0001-52** Inscrição Municipal: **383137** Inscrição Estadual:
 Endereço: **RUA DUQUE DE CAXIAS 630** CEP: **58400-506**
 Bairro: **PRATA** Complemento: **SALAS 7 - 8 - 9**
 Município: **CAMPINA GRANDE** UF: **PB** País: **Brasil**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social / Nome: **SEVERINO MARQUES DA SILVA** Inscrição Estadual:
 CNPJ / CPF: **038.151.704-78** CEP: **58100-000**
 Endereço: **LINDOLFO CLAUDINO DA SILVA 33** Complemento: **Não Informado**
 Bairro: **CAZUZINHA I** UF: **PB** País: **BRASIL**
 Município: **INGA**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Videodendoscopia nasal. Paciente **RINALDO GOMES MARQUES**
 CPF: **016.843.627-25 (PAI)**

COPIA

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$150,00

Código do Serviço 86607000 ATIVIDADES DE APOIO A GESTAO DE SAUDE					
INSS (R\$) - %	0,00	IRRF (R\$) - %	0,00	CSLL (R\$) - %	0,00
PIS (R\$) - %	0,00	COFINS (R\$) - %	0,00		
Base de Cálculo do ISS(R\$)	150,00	Aliquota(%)	3,50	Valor do ISS(R\$)	5,25

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA.
 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:

Código de Verificação:
2808.3C8C.1037.796F.7CC8.A243.7A1B.AF40

<http://www.campinagrande.pb.gov.br> e clique no link NFS-e

RECEBEMOS DA EMPRESA SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA SANTA CLARA LTDA-ME OS
 SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Número da Nota:
42749

Local

Data

Assinatura



Formulário de Anamnese e Exame Físico

Paciente: [Nome] [Sobrenome] [Idade] [Sexo] [Profissão] [Estado Civil] [Religião] [Etnia] [Cor]

Endereço: [Rua] [Número] [Bairro] [Cidade] [Estado] [CEP]

Contato: [Telefone] [E-mail] [Outro]

Queixa Principal: [Descrição da queixa]

História da Doença: [Descrição da história da doença]

Exame Físico: [Descrição do exame físico]

Exames de Laboratório e Imagem: [Descrição dos exames]

Diagnóstico: [Descrição do diagnóstico]

Plano de Tratamento: [Descrição do plano de tratamento]

Assinatura do Médico: [Assinatura]

Data: 25/03/17 **Hora:** [Hora]

Formulário de Anamnese e Exame Físico

Paciente: [Nome] [Sobrenome] [Idade] [Sexo] [Profissão] [Estado Civil] [Religião] [Etnia] [Cor]

Endereço: [Rua] [Número] [Bairro] [Cidade] [Estado] [CEP]

Contato: [Telefone] [E-mail] [Outro]

Queixa Principal: [Descrição da queixa]

História da Doença: [Descrição da história da doença]

Exame Físico: [Descrição do exame físico]

Exames de Laboratório e Imagem: [Descrição dos exames]

Diagnóstico: [Descrição do diagnóstico]

Plano de Tratamento: [Descrição do plano de tratamento]

Assinatura do Médico: [Assinatura]

Data: 25/03/17 **Hora:** [Hora]

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: [Nome] [Sobrenome] [Idade] [Sexo] [Profissão] [Estado Civil] [Religião] [Etnia] [Cor]

Endereço: [Rua] [Número] [Bairro] [Cidade] [Estado] [CEP]

Contato: [Telefone] [E-mail] [Outro]

Queixa Principal: [Descrição da queixa]

História da Doença: [Descrição da história da doença]

Exame Físico: [Descrição do exame físico]

Exames de Laboratório e Imagem: [Descrição dos exames]

Diagnóstico: [Descrição do diagnóstico]

Plano de Tratamento: [Descrição do plano de tratamento]

Assinatura do Médico: [Assinatura]

Data: 30/03/17 **Hora:** [Hora]

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: [Nome] [Sobrenome] [Idade] [Sexo] [Profissão] [Estado Civil] [Religião] [Etnia] [Cor]

Endereço: [Rua] [Número] [Bairro] [Cidade] [Estado] [CEP]

Contato: [Telefone] [E-mail] [Outro]

Queixa Principal: [Descrição da queixa]

História da Doença: [Descrição da história da doença]

Exame Físico: [Descrição do exame físico]

Exames de Laboratório e Imagem: [Descrição dos exames]

Diagnóstico: [Descrição do diagnóstico]

Plano de Tratamento: [Descrição do plano de tratamento]

Assinatura do Médico: [Assinatura]

Data: 31/03/17 **Hora:** [Hora]



Médico _____
Data _____

Handwritten notes and signatures:
- *Handwritten signature: Suelio*
- *Handwritten text: (de infecção)*
- *Handwritten signature: Suelio*

Handwritten signature: Suelio
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAIBA
Folha nº 01
Data na emissão: 31/12/1967
Assinatura: _____

COPIA

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

GOVERNO DA PARAIBA **SUS Sistema Único de Saúde**

Paciente: **RENILDO GOMES MARQUES** Data: **21-12-2017** Hora: **15:15** Idade: **47 anos** Sexo: **M** Estado: **PA**

Local: **HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

EXAME DE INFEÇÃO
Tipo de exame: **DETECÇÃO DE PSEUDOMONAS**
Método: **PCR EM TEMPO REAL**

RESULTADO
Presença de bactérias Gram-negativas: **Positivo**
Espécies: **Pseudomonas spp.**

ANTIBIOTIOTERAPIA
Microorganismo isolado: **Pseudomonas spp.**
Sensíveis: **Polimixina B**
Resistentes: **Piperacilina/Tazobactam, Ciprofloxacino, Amikacina, Tobramicina, Colistina**

Handwritten signature: Suelio
Suelio Moreira S. Torres
Médico



Hospital de Emergência e Trauma do Complexo Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

ATENÇÃO!
PRECAUÇÕES PADRÃO/CONTATO*

***até a alta hospitalar**

Paciente:
Renildo Gomes Marques
Material coletado: Secreção
Pseudomonas spp.
MULTIRRESISTENTE

Obs.: Esta sinalização deve permanecer no prontuário do paciente durante todo o período de sua internação!
Informações e/ou dúvidas: RAMAL - 5551 (CCIH)

Data: ____/____/____

THUMA CO





GOVERNO
DA PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOZ LUZ E CONZADA FERNANDES

SARAU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ruy Nildo Gomes Gonçalves		
End:	BR 350 x 132 Bairro: Santa Cruz		
Data de Nascimento:	42 anos	Documento de Identificação:	
Qualia:	Atel de	Data do Atel:	07/03/1973
Atel de:	07/03/1973	Atel de:	07/03/1973
Atel de:	07/03/1973	Atel de:	07/03/1973

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Focado () Agitado
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Saturação de O2:		Glucose:	() Normocorada () Polêmica
Desatolização:	() Livre () Dependente de oxigênio () Intubado		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

PROL 118



COPIA

Formulário de avaliação de risco de violência, com campos para dados pessoais, histórico de violência, e avaliação de risco. Inclui uma escala de avaliação de risco de violência (0 a 10) e uma escala de avaliação de risco de violência (0 a 10).

Formulário de avaliação de risco de violência, com campos para dados pessoais, histórico de violência, e avaliação de risco. Inclui uma escala de avaliação de risco de violência (0 a 10) e uma escala de avaliação de risco de violência (0 a 10).



[illegible]

Nome do Paciente Raúl de Almeida		Nº Promotoria	
Data da Operação 01/03/2012	Inf	Lado	
Operador Dr. Sérgio Henrique	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Tumor do ducto da glândula parótida			
Tipo de Operação Ressecção +			
Diagnóstico Pós-Operatório Cirúrgico			
História Imediata da Patologia			
Exame Radiológico no Atm			
Acidente Durante a Operação Nenhum			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

(Critérios para ações de ERPA)

21

Abstracts of presentations

(Comentários para alunos de SRPA)

—

Auswertung des Fragebogens

CCPIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

122

06/05/13

1

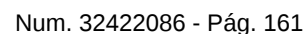
1

1

Estadística de Casos



Nome	Matrícula	Assinatura	Local	Tempo
Nome: <u>Paula Costa</u> Matrícula: <u>1111111111</u> Assinatura:  Local: <u>Unidade 1</u> Tempo: <u>10 min</u>	Nome: <u>Paula Costa</u> Matrícula: <u>1111111111</u> Assinatura:  Local: <u>Unidade 1</u> Tempo: <u>10 min</u>			

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA

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

Nome do Paciente RAFAEL GOMES VIEIRA		Nº Prontuário 13009/15	
Data de Operação 14 de 11		Lado 12	
Operador 1º Auxiliar		2º Auxiliar Instrumentador	
Anestesia 2º Auxiliar		Tipo de Anestesia Local	
Diagnóstico Pré-Operatório História Clínica			
Tipo de Operação Exatomação com Ovaros e Anexos Bilaterais			
Diagnóstico Pós-Operatório 1º Auxiliar, 2º Auxiliar, 3º Auxiliar			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

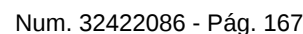
[illegible][illegible]

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



UTI	DATE 1978 JUN 10	TIME 16.00
-----	---------------------	---------------

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.

[illegible][illegible]

GOVERNO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
RUA LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: RINALDO GOMES MARQUES PRONTUÁRIO: 1380913

UTI - ROSA IDADE 47 DUTI 12º LEITO 16

EVOLUÇÃO MÉDICA
12/03/2017
HO
* POLITRAUMATISMO → COLUÇÃO MOTO - MOTO
* TCE GRAVE → CONTUSÕES ENCEFÁLICAS + LAD + (DUMIA) (TC 03/03/17)
* TRAUMA TORÁCICO → HEMO - PNEUMOTÓRAX DIREITO + PNEUMOTÓRAX ESQUERDO
* PO DRENAGEM FECHADA EM SELO D'ÁGUA BILATERALMENTE (04/03/17)
* TRAUMA ABDOMINAL FECHADO → LESÃO HEPÁTICA SEGMENTO VI
* PO LAPAROTOMIA EXPLORADORA → HEMATOMA + DRENAGEM CAVITÁRIA (04/03/17)
* LESÃO ABRASIVA ABDOMINAL E BRAÇO DIREITO
* NERVOSEMENT (03/03/17) + BENTAMONIA (04/03/17)

DISPOSITIVOS
TOT
RVC
DRENOS TORÁX BILATERAL
SNG / SNG
SVD
OUTROS: VMI

CONTROLES 24h
TAB. PAB. PAD. PC. PR. SPO2. T. PVC. NGT. DIURESE
MAX. 121 82 101 94 88 37,5 *** 118 1000 ml
MIN. 107 83 88 90 36,1 *** 95

EVOLUÇÃO DIÁRIA
PACIENTE SIGUE EM LEITO COMUM DE UTI, COM SINDROME DE BIRKENHEAD (BIRKENHEAD + FENTANIL + ROMALIN) COM TOT + VMI, MODO PCV SPO2 95%, PEEP 5, PEEP 12, PR 132, SEM ADAPTADO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM DESATURAÇÕES, SEM DISTRESS, SEM USO DE DROGAS VAGOTÔNICAS, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, EVOLUINDO COM PERSEVERANÇA DO MANEJO DO COMPLEXO HEMODINÂMICO, COMATOSO, HIPERSECRETIVO, COM NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLUCÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE PRESENTE, VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HÍDRICO NEGATIVO, DRENOS DE TORAX NÃO FUNCIONANTES.
AO EXAME: BG GRAVÍSSIMO, HEMATÓRAX, IMPOCINDADO 100%, APENAS, ACINZADO, ANATÉRICO.
BC: RÍTMICOS, REGULARES, NORMOGONÉTICOS, 2º, SEM SOPROS.
MV: CONSERVADO, RUÍDES DIFUSOS APT, DIMINUÍDO BASE EXTERIOR.
ABDOM: RHA (-), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO, FERIDA CIRÚRGICA SUPRA - INFRABUMBICAL SEM SINAIS FLEGTÓICOS, LESÃO ABRASIVA HIPOCÔNDRIO DIREITO (FAS CECATIZAÇÃO) MINUS E H SEM TOXIAS.
NEURO: BASS -

CONDUITA
1. TITULAR ROSA
2. TITULAR SEDAÇÃO
3. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE
4. INTENSIFICAR PSICOTERAPIA

ARTURO F. PEREZ NOGALES - CRM - PB 6520

GOVERNO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
RUA LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: RINALDO GOMES MARQUES PRONTUÁRIO: 1380913

UTI - ROSA IDADE 47 DUTI 11º LEITO 16

EVOLUÇÃO MÉDICA
12/03/2017
HO
* POLITRAUMATISMO → COLUÇÃO MOTO - MOTO
* TCE GRAVE → CONTUSÕES ENCEFÁLICAS + LAD + (DUMIA) (TC 03/03/17)
* TRAUMA TORÁCICO → HEMO - PNEUMOTÓRAX DIREITO + HEMOTÓRAX ESQUERDO
* PO DRENAGEM FECHADA EM SELO D'ÁGUA BILATERALMENTE (04/03/17)
* TRAUMA ABDOMINAL FECHADO → LESÃO HEPÁTICA SEGMENTO VI
* PO LAPAROTOMIA EXPLORADORA → HEMATOMA + DRENAGEM CAVITÁRIA (04/03/17)
* LESÃO ABRASIVA ABDOMINAL E BRAÇO DIREITO
* CEFEPIM (04/03/17) + AMACONIA (04/03/17)

DISPOSITIVOS
TOT
RVC
DRENOS TORÁX BILATERAL + DRENOS TUBULARES ABDOMINAIS
SNG / SNG
SVD
OUTROS: VMI

CONTROLES 24h
TAB. PAB. PAD. PC. PR. SPO2. T. PVC. NGT. DIURESE
MAX. 112 48 115 94 88 37,7 *** 107 1000 ml
MIN. 122 60 88 90 33,7 *** 103 800 ml

EVOLUÇÃO DIÁRIA
PACIENTE SIGUE EM LEITO COMUM DE UTI, COM SINDROME DE BIRKENHEAD (BIRKENHEAD + FENTANIL + ROMALIN) COM TOT + VMI, MODO PCV SPO2 95%, PEEP 5, PEEP 12, PR 132, SEM ADAPTADO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM DESATURAÇÕES, SEM DISTRESS, SEM USO DE DROGAS VAGOTÔNICAS, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, EVOLUINDO COM PERSEVERANÇA DO MANEJO DO COMPLEXO HEMODINÂMICO, COMATOSO, HIPERSECRETIVO, COM NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLUCÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE PRESENTE, VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HÍDRICO NEGATIVO, DRENOS DE TORAX NÃO FUNCIONANTES.
AO EXAME: BG GRAVÍSSIMO, HEMATÓRAX, IMPOCINDADO 100%, APENAS, ACINZADO, ANATÉRICO.
BC: RÍTMICOS, REGULARES, NORMOGONÉTICOS, 2º, SEM SOPROS.
MV: CONSERVADO, RUÍDES DIFUSOS APT, DRENOS DE TORAX NÃO FUNCIONANTES
ABDOM: RHA (-), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO, FERIDA CIRÚRGICA SUPRA - INFRABUMBICAL SEM SINAIS FLEGTÓICOS, LESÃO ABRASIVA HIPOCÔNDRIO DIREITO (FAS CECATIZAÇÃO) MINUS E H SEM TOXIAS.
NEURO: BASS -

CONDUITA
1. CUIDADOS INTENSIVOS
2. SOLICITAR AVALIAÇÃO DA CIRURGIA TORÁCICA PARA RETIRAR DRENOS DE TORAX
3. INTENSIFICAR PSICOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA
4. VIGILAR NGT
5. AJUSTE PARÂMETROS VENTILATÓRIOS
6. VPM

ARTURO F. PEREZ NOGALES - CRM - PB 6520

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME DO PACIENTE: Rinaldo Gomes Marques Nº Prontuário: 1380913

Data da Operação: 12/03/2017 Ref: Letto: 16

Operador: Dr. Rinaldo Gomes Marques 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão hepática

Tipo de Operação: Laparotomia exploradora

Diagnóstico Pós-Operatório: Lesão hepática

Relatório Inicial da Patologia:

Exame Radiológico no Ato: Acidente Durante a Operação:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
Via de Acesso - Tórax e Torção - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material Enxerto - Aspecto Visual

1. Incisão abdominal em região umbilical inferior, de 10 cm.
2. Dissecção da parede abdominal.
3. Identificação da lesão hepática.
4. Controle da hemorragia.
5. Sutura da lesão.
6. Lavagem da cavidade.
7. Fechamento da incisão.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

* *Phonetic Notation* * P 22:00h

Paciente segue em leito comum de UTI, com SINDROME DE BIRKENHEAD (BIRKENHEAD + FENTANIL + ROMALIN) COM TOT + VMI, MODO PCV SPO2 95%, PEEP 5, PEEP 12, PR 132, SEM ADAPTADO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM DESATURAÇÕES, SEM DISTRESS, SEM USO DE DROGAS VAGOTÔNICAS, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, EVOLUINDO COM PERSEVERANÇA DO MANEJO DO COMPLEXO HEMODINÂMICO, COMATOSO, HIPERSECRETIVO, COM NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLUCÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE PRESENTE, VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HÍDRICO NEGATIVO, DRENOS DE TORAX NÃO FUNCIONANTES.
AO EXAME: BG GRAVÍSSIMO, HEMATÓRAX, IMPOCINDADO 100%, APENAS, ACINZADO, ANATÉRICO.
BC: RÍTMICOS, REGULARES, NORMOGONÉTICOS, 2º, SEM SOPROS.
MV: CONSERVADO, RUÍDES DIFUSOS APT, DRENOS DE TORAX NÃO FUNCIONANTES
ABDOM: RHA (-), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO, FERIDA CIRÚRGICA SUPRA - INFRABUMBICAL SEM SINAIS FLEGTÓICOS, LESÃO ABRASIVA HIPOCÔNDRIO DIREITO (FAS CECATIZAÇÃO) MINUS E H SEM TOXIAS.
NEURO: BASS -

Dr. Rinaldo Gomes Marques
CRM - PB 6520

CÓPIA



16/03/17 #causas naturais #

PRELIMINAR ELABORADO SEM INTERCONSULTA -
EQUIPE, RECOMENDANDO AVALIAÇÃO COMPLETA
DUA, PARA TORNAR O DIAGNÓSTICO UNÍSSIMO

C.D.: TRAUMA ABDOMINAL
POSSÍVEL HEMORRÁGIA P/ PERITÔNIO
NO DEPENDENTE
EQUIMOTOS EMBRIONÁRIOS
SUSPEITO ANTIBIÓTICO (D.S.)

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico Assistente
16/03/2017

GOVERNO DO PARANÁ
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
BOM LUIZ ROZAS FERNANDES

NOME: RINALDO GOMES MARQUES PRONTUÁRIO: 1390915

UTI - ROSA IDADE: 47 DUTI: 15º LEITO: 16

DATA: 15/03/2017

EVOLUÇÃO MÉDICA

- POLITRAUMATISMO → COLUNA MOTO - MOTO
- TCE GRAVE → CONTUSÃO ENCEFÁLICA + LAD + EDEMA (TC 05/03/17)
- TRAUMA TORÁCICO → HEMO - PNEUMOTÓRAX DIREITO + HEMOTÓRAX ESQUERDO
- PO DRENAGEM FECHADA EM 3250 D'ÁGUA BILATERALMENTE (04/03/17)
- TRAUMA ABDOMINAL FECHADO → LESÃO HEPÁTICA SEGMENTO VI
- PO LAPAROTOMIA EXPLORADORA → HEPATOTOMIA + DRENAGEM CAVITÁRIA (05/03/17)
- LESÃO ABRASIVA ABDOMINAL E BRAÇO DIREITO
- TRAQUEOSTOMIA (14/03/17)
- MIOPNEUM (13/03/17) + BENTAMICINA (14/03/17)

DISPOSITIVOS

- ☒ TCE
- ☒ AVC
- ☒ DRENOS TORAX BILATERAL
- ☒ SNG / SNE
- ☒ SVD
- ☒ OUTROS: VME

CONTROLES 24h

	PAS	PAB	PC	PE	SP02	T°	PVC	DET	DIURESE
MAX.	147	97	130	VAR	100	37,4	111		2.800 ml
MIN.	128	79	87	VAR	97	36,8	100		

EVOLUÇÃO DIÁRIA

PACIENTE DESADO, BASS S, COM TCE USADO E SEM ADAPTADO A VNA, AFEBRIL, NO MOVIMENTO, HIDRATADO, CORADO, ACAROTÍCO, ICTERICO +/+, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA, PULSAIS SOCÓRICAS, RIM (+/-).

BC: RITMICO, REGULAR, NORMOPNEÚTICO, ET, SEM SOPROS.

ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL A PALPAÇÃO. LESÃO CIRÚRGICA SUPRA - INTRAUMBELICAL SEM SINAIS FLORESTOS, LESÃO ABRASIVA HIPOCÔNDRIO DIREITO (FASE CICATRIZADA).

MMMS: EM SEM FOMAS.

CONDUITA

1. TITULAR SEDAÇÃO
2. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE
3. INTENSIFICAR FISIOTERAPIA

Arturo F. Pires Nogueira
CRM - PR 8520

CÓPIA

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA BOM LUIZ ROZAS FERNANDES

NOME: Rinaldo Gomes Marques, 47 anos

UTI

DATA: 16/03/2017

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
16/03/2017	1. TCE GRAVE - CONTUSÃO ENCEFÁLICA + LAD + EDEMA (TC 05/03/17)	
	2. TRAUMA TORÁCICO - HEMO - PNEUMOTÓRAX DIREITO + HEMOTÓRAX ESQUERDO	
	3. PO DRENAGEM FECHADA EM 3250 D'ÁGUA BILATERALMENTE (04/03/17)	
	4. TRAUMA ABDOMINAL FECHADO - LESÃO HEPÁTICA SEGMENTO VI	
	5. PO LAPAROTOMIA EXPLORADORA - HEPATOTOMIA + DRENAGEM CAVITÁRIA (05/03/17)	
	6. LESÃO ABRASIVA ABDOMINAL E BRAÇO DIREITO	
	7. TRAQUEOSTOMIA (14/03/17)	
	8. MIOPNEUM (13/03/17) + BENTAMICINA (14/03/17)	
	9. SNG / SNE	
	10. SVD	
	11. OUTROS: VME	
	12. CONTROLES 24h	
	13. EVOLUÇÃO DIÁRIA	
	14. CONDUITA	

GOVERNO DO PARANÁ
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
BOM LUIZ ROZAS FERNANDES

NOME: RINALDO GOMES MARQUES PRONTUÁRIO: 1390915

UTI - ROSA IDADE: 47 DUTI: 15º LEITO: 16

DATA: 16/03/2017

EVOLUÇÃO MÉDICA

- POLITRAUMATISMO → COLUNA MOTO - MOTO
- TCE GRAVE → CONTUSÃO ENCEFÁLICA + LAD + EDEMA (TC 05/03/17)
- TRAUMA TORÁCICO → HEMO - PNEUMOTÓRAX DIREITO + HEMOTÓRAX ESQUERDO
- PO DRENAGEM FECHADA EM 3250 D'ÁGUA BILATERALMENTE (04/03/17)
- TRAUMA ABDOMINAL FECHADO → LESÃO HEPÁTICA SEGMENTO VI
- PO LAPAROTOMIA EXPLORADORA → HEPATOTOMIA + DRENAGEM CAVITÁRIA (05/03/17)
- LESÃO ABRASIVA ABDOMINAL E BRAÇO DIREITO
- TRAQUEOSTOMIA (14/03/17)
- MIOPNEUM (13/03/17) + BENTAMICINA (14/03/17)

DISPOSITIVOS

- ☒ TCE
- ☒ AVC
- ☒ DRENOS TORAX BILATERAL
- ☒ SNG / SNE
- ☒ SVD
- ☒ OUTROS: VME

CONTROLES 24h

	PAS	PAB	PC	PE	SP02	T°	PVC	DET	DIURESE
MAX.	145	96	130	VAR	100	37,4	111		2.800 ml
MIN.	128	79	87	VAR	97	36,8	100		

EVOLUÇÃO DIÁRIA

PACIENTE DESADO, BASS S, COM TCE USADO E SEM ADAPTADO A VNA, AFEBRIL, NO MOVIMENTO, HIDRATADO, CORADO, ACAROTÍCO, ICTERICO +/+, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA, PULSAIS SOCÓRICAS, RIM (+/-).

BC: RITMICO, REGULAR, NORMOPNEÚTICO, ET, SEM SOPROS.

ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL A PALPAÇÃO. LESÃO CIRÚRGICA SUPRA - INTRAUMBELICAL SEM SINAIS FLORESTOS, LESÃO ABRASIVA HIPOCÔNDRIO DIREITO (FASE CICATRIZADA).

MMMS: EM SEM FOMAS.

CONDUITA

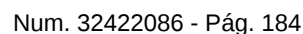
1. TITULAR SEDAÇÃO
2. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE
3. INTENSIFICAR FISIOTERAPIA

Arturo F. Pires Nogueira
CRM - PR 8520



09/02/59 AS 144 Formate admetido processando na
Mte. Lavandeira. Fundamento, supracitado, D.O.
570.2508.
MNL
24.7. 04 130X70
MNL

CONSELHO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO				RECEITA DE SAÚDE HISTÓRIA DE ENFERMAGEM E TRATAMENTO			
Paciente				Exames			
Nome				Idade			
Sexo				Profissão			
Endereço				Data			
Município				Estado			
1. História da doença				2. Exame físico			
3. Exame de urina				4. Exame de sangue			
5. Exame de fezes				6. Exame de secreções			
7. Exame de pele				8. Exame de olhos			
9. Exame de ouvidos				10. Exame de nariz			
11. Exame de garganta				12. Exame de dentes			
13. Exame de coração				14. Exame de pulmões			
15. Exame de fígado				16. Exame de baço			
17. Exame de rins				18. Exame de pâncreas			
19. Exame de intestino				20. Exame de estômago			
21. Exame de vesícula biliar				22. Exame de próstata			
23. Exame de útero e ovários				24. Exame de tireoide			
25. Exame de glândula pituitária				26. Exame de hipófise			
27. Exame de hipófise anterior				28. Exame de hipófise posterior			
29. Exame de hipófise intermediária				30. Exame de hipófise lateral			
31. Exame de hipófise inferior				32. Exame de hipófise superior			
33. Exame de hipófise mediana				34. Exame de hipófise lateral esquerda			
35. Exame de hipófise lateral direita				36. Exame de hipófise mediana esquerda			
37. Exame de hipófise mediana direita				38. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
39. Exame de hipófise lateral esquerda direita				40. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
41. Exame de hipófise mediana esquerda direita				42. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
43. Exame de hipófise lateral esquerda direita				44. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
45. Exame de hipófise mediana esquerda direita				46. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
47. Exame de hipófise lateral esquerda direita				48. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
49. Exame de hipófise mediana esquerda direita				50. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
51. Exame de hipófise lateral esquerda direita				52. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
53. Exame de hipófise mediana esquerda direita				54. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
55. Exame de hipófise lateral esquerda direita				56. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
57. Exame de hipófise mediana esquerda direita				58. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
59. Exame de hipófise lateral esquerda direita				60. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
61. Exame de hipófise mediana esquerda direita				62. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
63. Exame de hipófise lateral esquerda direita				64. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
65. Exame de hipófise mediana esquerda direita				66. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
67. Exame de hipófise lateral esquerda direita				68. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
69. Exame de hipófise mediana esquerda direita				70. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
71. Exame de hipófise lateral esquerda direita				72. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
73. Exame de hipófise mediana esquerda direita				74. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
75. Exame de hipófise lateral esquerda direita				76. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
77. Exame de hipófise mediana esquerda direita				78. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
79. Exame de hipófise lateral esquerda direita				80. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
81. Exame de hipófise mediana esquerda direita				82. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
83. Exame de hipófise lateral esquerda direita				84. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
85. Exame de hipófise mediana esquerda direita				86. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
87. Exame de hipófise lateral esquerda direita				88. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
89. Exame de hipófise mediana esquerda direita				90. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
91. Exame de hipófise lateral esquerda direita				92. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
93. Exame de hipófise mediana esquerda direita				94. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
95. Exame de hipófise lateral esquerda direita				96. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			
97. Exame de hipófise mediana esquerda direita				98. Exame de hipófise lateral esquerda esquerda			
99. Exame de hipófise lateral esquerda direita				100. Exame de hipófise mediana esquerda esquerda			



[illegible][illegible]

Via de Acesso - Tênis e Tênis - Ligeiros - Desportos - Banos - Material Empregado - Aspecto Visual
 D1) Pousa em deslize sobre
 v1 Pousa em deslize em um canal
 D2) Pousa em deslize: baguete indurida e água
 glândulas
 D3) Pousa em deslize: cano e baguete
 D4) Pousa em deslize: baguete
 D5) Pousa em deslize: baguete

(Assinatura)



Diagnóstico

Nome: Paulo de Souza Marques

Idade: 44 Anos

Sexo: M

Profissão: Professor

Endereço: Av. ...

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP: 81210-000

Telefone: (41) 333-1111

E-mail: ...

Assinatura: [Assinatura]

Data: 17/07/2020

Hora: 10:00

Assinatura: [Assinatura]

Diagnóstico

Nome: Paulo de Souza Marques

Idade: 44 Anos

Sexo: M

Profissão: Professor

Endereço: Av. ...

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP: 81210-000

Telefone: (41) 333-1111

E-mail: ...

Assinatura: [Assinatura]

Data: 17/07/2020

Hora: 10:00

Assinatura: [Assinatura]

Observações	Assinatura	Data	Hora
Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]	17/07/2020	10:00

Observações	Assinatura	Data	Hora
Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]	17/07/2020	10:00

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assinatura
17/07/2020	10:00						Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]
17/07/2020	12:00						Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assinatura
17/07/2020	14:00	36,5	92	18	120/80		Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]
17/07/2020	16:00	36,5	92	18	120/80		Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: sem alterações. Batimento cardíaco: normal. Pressão arterial: 120/80 mmHg. Temperatura: 36,5°C. Freqüência cardíaca: 72 bpm. Freqüência respiratória: 18 rpm. Sinais vitais: estáveis.	[Assinatura]



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

SUS
Sistema Único de Saúde

Nome: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 29-03-2017
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Motorista

Endereço: Rua ...
Cidade: ...

Exame: Hemograma completo
Resultado: 9,7 mg/dL

Observações: ...

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: Ronaldo Gomes Marques
Data: 29/03/2017
Naturalidade: ...
Admissão: 11/03/17

1. Motivo da hospitalização (descrever problema da anamnese / motivo da alta):
Paciente com contusão por acidente automobilístico.

2. Resultados dos principais exames:
Paciente com exames em bom estado.

3. Evolução e complicações:
Evolução com melhora dos sintomas.

4. Tratamento realizado:
Antidote para intoxicação por ...

5. Diagnóstico (problemas ou achados):
Paciente com Trauma Abdominal fechado.

6. Orientações médicas para pacientes / exames:
Ambulatorial de acompanhamento.

7. Condições de alta:
☐ Curado ☐ A pedido ☐ Deixou ☐ Indisponível

8. Observações: ...

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

SUS
Sistema Único de Saúde

Nome: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 29-03-2017
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Motorista

Exame: Hemograma completo
Resultado: 9,7 mg/dL

Observações: ...

LEITO 16

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
UTI ROSA

Nome: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 29/03/2017

Exame: Hemograma completo
Resultado: 9,7 mg/dL

Observações: ...

Paciente: RONALDO GOMES MOURA
Data: 11.06.2017 09:29
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: Médico

GLICÉRIO
Resultado: 338 mg/dL
Intervalo normal: 70-100 mg/dL
Observação: Nenhum comentário

UREIA
Resultado: 144 mg/dL
Intervalo normal: 10-30 mg/dL
Observação: Nenhum comentário

CREATININA
Resultado: 3.44 mg/dL
Intervalo normal: 0.6-1.2 mg/dL
Observação: Nenhum comentário

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Paciente: RONALDO GOMES MOURA
Data: 11.06.2017 09:29
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: Médico

HEMOGRAMA
Resultado: 3.8 x 10⁹/mm³
Intervalo normal: 4.0-10.0 x 10⁹/mm³

PLAQUETAS
Resultado: 360.000/mm³
Intervalo normal: 150.000-400.000/mm³

Observações: Contagem repetida e confirmada.

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Paciente: RONALDO GOMES MOURA
Data: 11.06.2017 09:29
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: Médico

HEMOGRAMA
Resultado: 3.8 x 10⁹/mm³
Intervalo normal: 4.0-10.0 x 10⁹/mm³

PLAQUETAS
Resultado: 360.000/mm³
Intervalo normal: 150.000-400.000/mm³

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico

Paciente: RONALDO GOMES MOURA
Data: 11.06.2017 09:29
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: Médico

UREIA
Resultado: 27 mg/dL
Intervalo normal: 10-30 mg/dL

CREATININA
Resultado: 3.7 mg/dL
Intervalo normal: 0.6-1.2 mg/dL

PLAQUETAS
Resultado: 360.000/mm³
Intervalo normal: 150.000-400.000/mm³

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico



Paciente: RINALDO GOMES MARQUES
Data: 15-07-2020
Idade: 48 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Médico

UNIA

Resultado: 28 mg/dL
Intervalo de referência: 10 a 20 mg/dL

CREATININA

Resultado: 3,8 mg/dL
Intervalo de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL

Observações: Exames de urina: 10-15 leucócitos, 10-15 eritrócitos, 10-15 cilindros, 10-15 epitélios, 10-15 bactérias, 10-15 fungos, 10-15 parasitas.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020

Paciente: RINALDO GOMES MARQUES
Data: 15-07-2020
Idade: 48 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Médico

UNIA

Resultado: 21 mg/dL
Intervalo de referência: 10 a 20 mg/dL

CREATININA

Resultado: 8,8 mg/dL
Intervalo de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL

Observações: Exames de urina: 10-15 leucócitos, 10-15 eritrócitos, 10-15 cilindros, 10-15 epitélios, 10-15 bactérias, 10-15 fungos, 10-15 parasitas.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020

CÓPIA

Paciente: RINALDO GOMES MARQUES
Data: 15-07-2020
Idade: 48 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Médico

HEMATÓCITOS

Resultado: 4,4 milhões/mm³
Intervalo de referência: 4,0 a 5,0 milhões/mm³

HEMATÓCITOS

Resultado: 10,000 /mm³
Intervalo de referência: 10,000 a 12,000 /mm³

Observações: Contagem repetida a confimar.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020

Paciente: RINALDO GOMES MARQUES
Data: 15-07-2020
Idade: 48 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Médico

HEMATÓCITOS

Resultado: 3,43 milhões/mm³
Intervalo de referência: 4,0 a 5,0 milhões/mm³

HEMATÓCITOS

Resultado: 10,000 /mm³
Intervalo de referência: 10,000 a 12,000 /mm³

Observações: Contagem repetida a confimar.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020



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

SUS
Sistema Único de Saúde

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 17-03-2017 09:31
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: ATIVIDADE FÍSICA

Exame: HEMOGRAMA
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

Resultados:

Exame	Resultado	Referência
Hemoglobina	13,16 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	39,3 %	37,0 a 47,0 %
Hemácias	3,92 x 10 ¹² /mm ³	3,8 a 5,0 x 10 ¹² /mm ³
Hemácias jovens	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Retículo	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Plaquetas	239.000/mm ³	130.000 a 400.000/mm ³

Observações: Contagem sanguínea e morfologia.

Assinatura: [Assinatura]

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

SUS
Sistema Único de Saúde

Paciente: ALYSON LUIS S. P. DE ASSIS
Data: 14-03-2017 09:31
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: ATIVIDADE FÍSICA

Exame: HEMOGRAMA
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

Resultados:

Exame	Resultado	Referência
Hemoglobina	13,16 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	39,3 %	37,0 a 47,0 %
Hemácias	3,92 x 10 ¹² /mm ³	3,8 a 5,0 x 10 ¹² /mm ³
Hemácias jovens	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Retículo	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Plaquetas	239.000/mm ³	130.000 a 400.000/mm ³

Observações: Contagem sanguínea e morfologia.

Assinatura: [Assinatura]



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

SUS
Sistema Único de Saúde

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 17-03-2017 09:31
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: ATIVIDADE FÍSICA

Exame: HEMOGRAMA
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

Resultados:

Exame	Resultado	Referência
Hemoglobina	13,16 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	39,3 %	37,0 a 47,0 %
Hemácias	3,92 x 10 ¹² /mm ³	3,8 a 5,0 x 10 ¹² /mm ³
Hemácias jovens	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Retículo	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Plaquetas	239.000/mm ³	130.000 a 400.000/mm ³

Observações: Contagem sanguínea e morfologia.

Assinatura: [Assinatura]

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

SUS
Sistema Único de Saúde

Paciente: ALYSON LUIS S. P. DE ASSIS
Data: 14-03-2017 09:31
Idade: 47 anos
Sexo: M
Profissão: ATIVIDADE FÍSICA

Exame: HEMOGRAMA
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

Resultados:

Exame	Resultado	Referência
Hemoglobina	13,16 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	39,3 %	37,0 a 47,0 %
Hemácias	3,92 x 10 ¹² /mm ³	3,8 a 5,0 x 10 ¹² /mm ³
Hemácias jovens	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Retículo	0,0 %	0,0 a 1,0 %
Plaquetas	239.000/mm ³	130.000 a 400.000/mm ³

Observações: Contagem sanguínea e morfologia.

Assinatura: [Assinatura]



Nome	RINALDO GOMES NUNQUES	Profissão	Estadualista	Sexo	Masculino
Sobrenome	ITALO CESAR DA S. SOUZA	Data	22-03-1977	Idade	21 ANOS

Received 10 October 2006; accepted 12 November 2006
Published online 12 December 2006 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/anie.200604206

[illegible]

OBSERVAÇÃO..... Contagens repetidas e confirmadas
Frequência confirmada.



President of the Board of Directors



Nome	RINALDO EDUARDO MARQUES	Partido	PROGRESSO	Sexo	M	Data Nascimento	10/05/1977
End	ITAPICURU DA S. ENFEREIRA	Data	22-03-2017 07:37	Orgão		CPF	
Cidade	MONTE ALEGRE DO SUL						

UNIT 1A

Resultados: **22 mg/dL** em 10 e 20 dias
 Intervalos de referência: 21/23/25/32 - 30/35/38/45 - 40/45/50/55 - 50/55/60/65 - 55/60/65/70/75

Abstract

Resposta: $2,9 \text{ mg/L}$

Author's address: Department of Mathematics, University of California, San Diego, La Jolla, CA 92037, U.S.A.
E-mail: shashikanth@ucsd.edu

Identificator subprogramului: J10000101, N.B. = IDENTIFIC. N.B. = IDENTIFIC. N.B. = IDENTIFIC. N.B. = IDENTIFIC.
 Descriere: Supa
 Nivelul de dezvoltare al din grupul:

 UNIVERSITY OF ILLINOIS SYSTEM
 URBANA, ILLINOIS 61801-2100



Paciente: ROYALDO GOMES MARQUES
Data: 24-03-2017 09:41
Módulo: 44 anos
Sexo: Masculino
Idade: 44 anos

URINA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

COLESTEROL

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 1.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 1.0 mg/dL

Observações: Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol. Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 24-03-2017 10:00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Paciente: ROYALDO GOMES MARQUES
Data: 24-03-2017 09:41
Módulo: 44 anos
Sexo: Masculino
Idade: 44 anos

URINA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE VERMELHA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE BRANCA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

Observações: Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol. Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 24-03-2017 10:00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Paciente: ROYALDO GOMES MARQUES
Data: 24-03-2017 09:41
Módulo: 44 anos
Sexo: Masculino
Idade: 44 anos

URINA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE VERMELHA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE BRANCA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

Observações: Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol. Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 24-03-2017 10:00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Paciente: ROYALDO GOMES MARQUES
Data: 24-03-2017 09:41
Módulo: 44 anos
Sexo: Masculino
Idade: 44 anos

URINA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE VERMELHA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

SÉRIE BRANCA

Unidade de medida: mg/dL
Resultado: 3.1 mg/dL
Intervalo de referência: 0.0 - 3.0 mg/dL

Observações: Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol. Resultado de exame de urina. Resultado de exame de colesterol.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 24-03-2017 10:00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES



Paciente: **RENELO GOMES MARQUES** Sexo: **MASCULINO** Idade: **47 anos** Data: **05-07-2017 08:28** Hora: **08:28** Local: **LAB-02**

POTÁSSIO Resultado: **3,8 mmol/L**

Referência: **3,5 - 5,0 mmol/L**

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE Resultado: **148 mg/dL**

Referência: **70 - 100 mg/dL**

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura
SUELIO MOREIRA TORRES
Coordenador

Exatidão: 99,99% - 100,00% - 100,00%

Paciente: **RENELO GOMES MARQUES** Sexo: **MASCULINO** Idade: **47 anos** Data: **05-07-2017 08:28** Hora: **08:28** Local: **LAB-02**

HEMOGRAMA

Unidade: **mm³**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura
SUELIO MOREIRA TORRES
Coordenador

Exatidão: 99,99% - 100,00% - 100,00%

Paciente: **RENELO GOMES MARQUES** Sexo: **MASCULINO** Idade: **47 anos** Data: **05-07-2017 08:28** Hora: **08:28** Local: **LAB-02**

POTÁSSIO

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Paciente: **RENELO GOMES MARQUES** Sexo: **MASCULINO** Idade: **47 anos** Data: **05-07-2017 08:28** Hora: **08:28** Local: **LAB-02**

POTÁSSIO

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

GLICOSE

Unidade: **mg/dL**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Assinatura

Unidade: **mmol/L**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Observação: **Exatidão: 99,99%**

Revised: 01/01/2018 11:01 - Page 1 of 1

Journal of Health Politics, Policy and Law



bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/000000>; this version posted January 1, 2016. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.



Nome: SUELIO GOMES MARQUES
Nome: ARTURO F. PEREZ
Endereço: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Procedimento: 0000000000
Data: 05-05-2017 10:37
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Labio: 12

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.41 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 0.36 mg/dL
Referência de Referência: 0.10 a 0.30 mg/dL

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

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

Nome: SUELIO GOMES MARQUES
Nome: CLAUDETE F. R. VIEIRA
Endereço: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Procedimento: 0000000000
Data: 05-05-2017 09:00
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Labio: 12

HEMOGRAMA COMPLETO: 145 mmL/L
Referência de Referência: 120 a 160 mmL/L
HEMOGRAMA COMPLETO: 4.8 mmL/L
Referência de Referência: 4.0 a 5.0 mmL/L

Referência de Referência:
 Hemoglobina: 12.0 a 16.0 g/dL
 Hematócrito: 37.0 a 47.0 %
 Hemácias: 4.0 a 5.0 milhões/mm³
 Plaquetas: 150.000 a 400.000/mm³

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico



Nome: SUELIO GOMES MARQUES
Nome: ARTURO F. PEREZ
Endereço: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Procedimento: 0000000000
Data: 05-05-2017 10:37
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Labio: 12

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.79 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 0.36 mg/dL
Referência de Referência: 0.10 a 0.30 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.79 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

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

Nome: SUELIO GOMES MARQUES
Nome: ARTURO F. PEREZ
Endereço: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Procedimento: 0000000000
Data: 05-05-2017 10:37
Idade: 47 anos
Sexo: Masculino
Labio: 12

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.79 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 0.36 mg/dL
Referência de Referência: 0.10 a 0.30 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.79 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

HEMOGRAMA COMPLETO: 1.79 mg/dL
Referência de Referência: 1.00 a 1.50 mg/dL

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

[Assinatura]
 SUELIO GOMES MARQUES
 Médico

COPIA



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

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Walter Gomes Idade: 57 anos
Exame: Ultrassom Data: 05/03/17
Médico solicitante: Sano

RELATÓRIO

- Aumentada quantidade de líquido (monoclonar
hemático) na cavidade

CONCLUSÃO

Campina Grande, 05/03/2017

Walter Gomes
Assinatura e Carimbo do Médico

CRP 06.776.396/001-40
End.: Av. Floriano Peixoto, 1040 - São José - Tel.: (31) 3310.5000 / 3310.5001 / 3310.5052 - Fax: (31) 3310.5009
CEP: 58110-001 - Campina Grande - PB

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

Paciente: WALTER GOMES Idade: 57 anos Sexo: M
Data: 05-03-2017 14:17 Hora: 14:17 Local: Lab-12

Exame: URINA Resultado: 133 mg/dL

UNIDADE DE MEDIDA: mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:
Proteína: 0 a 30 mg/dL
Creatinina: 0,6 a 1,2 mg/dL
pH: 5 a 8
Densidade: 1,020 a 1,030
Viscosidade: 1 a 2 cmH₂O
Cor: Amarelo claro a amarelo escuro
Aspecto: Líquido homogêneo
Reação: Negativa
Microscopia: 0 a 10 leucócitos por campo
Células epiteliais: 0 a 10 por campo
Células sanguíneas: 0 a 10 por campo
Células de gordura: 0 a 10 por campo
Células de muco: 0 a 10 por campo
Células de epitélio: 0 a 10 por campo
Células de gordura: 0 a 10 por campo
Células de muco: 0 a 10 por campo
Células de epitélio: 0 a 10 por campo

Interpretado por: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes



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

Paciente: WALTER GOMES Idade: 57 anos Sexo: M
Data: 05-03-2017 14:17 Hora: 14:17 Local: Lab-12

Exame: URINA Resultado: 133 mg/dL

UNIDADE DE MEDIDA: mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:
Proteína: 0 a 30 mg/dL
Creatinina: 0,6 a 1,2 mg/dL
pH: 5 a 8
Densidade: 1,020 a 1,030
Viscosidade: 1 a 2 cmH₂O
Cor: Amarelo claro a amarelo escuro
Aspecto: Líquido homogêneo
Reação: Negativa
Microscopia: 0 a 10 leucócitos por campo
Células epiteliais: 0 a 10 por campo
Células sanguíneas: 0 a 10 por campo
Células de gordura: 0 a 10 por campo
Células de muco: 0 a 10 por campo
Células de epitélio: 0 a 10 por campo

Interpretado por: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes

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

Paciente: WALTER GOMES Idade: 57 anos Sexo: M
Data: 05-03-2017 14:17 Hora: 14:17 Local: Lab-12

Exame: URINA Resultado: 133 mg/dL

UNIDADE DE MEDIDA: mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:
Proteína: 0 a 30 mg/dL
Creatinina: 0,6 a 1,2 mg/dL
pH: 5 a 8
Densidade: 1,020 a 1,030
Viscosidade: 1 a 2 cmH₂O
Cor: Amarelo claro a amarelo escuro
Aspecto: Líquido homogêneo
Reação: Negativa
Microscopia: 0 a 10 leucócitos por campo
Células epiteliais: 0 a 10 por campo
Células sanguíneas: 0 a 10 por campo
Células de gordura: 0 a 10 por campo
Células de muco: 0 a 10 por campo
Células de epitélio: 0 a 10 por campo

Interpretado por: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes
Médico: Walter Gomes





SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 21-03-2017 15:11
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

CULTURA DE SEÇÃO TRAIAGAL
DATA DE ENVIO: 21/03/2017 15:11
Módulo: 47 anos

Reactinacópia..... Presença de bacilos Gram-negativos.
Causa isolada..... **Pseudomonas spp**

ANTIBIOGRAMA
MICROORGANISMO TESTADO..... **Pseudomonas spp.**

Susceptibilidade..... Polidimetil S
Resistência..... Piperacilina/Tazobactam, Meropenem, Ciprofloxacilina, Aztreonam, Levofloxacilina, Amoxicilina, Sulponam, Ceftazidima

Este é o resultado preliminar das análises realizadas nos laboratórios de análises clínicas do Hospital de Traumas Dom Luis Gonzaga Fernandes. Os resultados definitivos serão enviados por e-mail para o endereço eletrônico informado no formulário de solicitação de exame. Este resultado não substitui a consulta médica e o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Dr. Suelio Gomes
Médico

Modelo: 1 - 01/01/2017 15:11 - Página: 1 de 1



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: SUELIO GOMES
Data: 21-03-2017 15:11
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

CLONOR (LORAZ)..... **328 ng/dL**

DATA DE ENVIO: 21/03/2017 15:11
Módulo: 47 anos

Este é o resultado preliminar das análises realizadas nos laboratórios de análises clínicas do Hospital de Traumas Dom Luis Gonzaga Fernandes. Os resultados definitivos serão enviados por e-mail para o endereço eletrônico informado no formulário de solicitação de exame. Este resultado não substitui a consulta médica e o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Dr. Suelio Gomes
Médico

Modelo: 1 - 01/01/2017 15:11 - Página: 1 de 1



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 21-03-2017 15:11
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

UNOCULTURA
DATA DE ENVIO: 21/03/2017 15:11

Reactinacópia..... Presença de leveduras
Causa isolada..... **Fungos leveduriformes**

Este é o resultado preliminar das análises realizadas nos laboratórios de análises clínicas do Hospital de Traumas Dom Luis Gonzaga Fernandes. Os resultados definitivos serão enviados por e-mail para o endereço eletrônico informado no formulário de solicitação de exame. Este resultado não substitui a consulta médica e o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Dr. Suelio Gomes
Médico

Modelo: 1 - 01/01/2017 15:11 - Página: 1 de 1



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: SUELIO GOMES
Data: 21-03-2017 15:11
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

CLONOR (LORAZ)..... **134 ng/dL**

DATA DE ENVIO: 21/03/2017 15:11
Módulo: 47 anos

Este é o resultado preliminar das análises realizadas nos laboratórios de análises clínicas do Hospital de Traumas Dom Luis Gonzaga Fernandes. Os resultados definitivos serão enviados por e-mail para o endereço eletrônico informado no formulário de solicitação de exame. Este resultado não substitui a consulta médica e o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Dr. Suelio Gomes
Médico

Modelo: 1 - 01/01/2017 15:11 - Página: 1 de 1



Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 06-07-2017 08:18
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

URINA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL
Proteína urinária: 35 mg/dL
Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

Dr. Suelio G. Marques
CPF: 045.123.456

Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 06-07-2017 08:18
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

Dr. Suelio G. Marques
CPF: 045.123.456

Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 06-07-2017 08:18
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

URINA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

Dr. Suelio G. Marques
CPF: 045.123.456

Paciente: SUELIO GOMES MARQUES
Data: 06-07-2017 08:18
Módulo: 47 anos
Sexo: Masculino
Idade: 47 anos

URINA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.

URINA DE SECREÇÃO TRIPLICA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 35 mg/dL

Observação: Urina com cor amarelada, pH 5,0, densidade 1,020, glicose negativa, bilirrubina negativa, leucócitos 10-15 / HP.

CREATININA
Células em campo: 10-15 / HP
Resultado: 1,4 mg/dL

Observação: Resultado dentro da normalidade. Não há alterações significativas. Não há evidência de doença renal aguda ou crônica.



Paciente: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 07-07-2020 10:00
Módulo: 07 anos
Resultado: 1000000

GLICEMIA
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL

[Assinatura]
Marta Frazão
Marta Frazão

1000000

Paciente: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 07-07-2020 10:00
Módulo: 07 anos
Resultado: 1000000

GLICEMIA
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL

[Assinatura]
Marta Frazão
Marta Frazão

1000000

Paciente: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 07-07-2020 10:00
Módulo: 07 anos
Resultado: 1000000

GLICEMIA
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL

[Assinatura]
Marta Frazão
Marta Frazão

1000000

Paciente: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 07-07-2020 10:00
Módulo: 07 anos
Resultado: 1000000

GLICEMIA
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL
GLICEMIA DE JEJUM
Resultado: 110 mg/dL
Intervalo de Referência: 70 a 100 mg/dL

[Assinatura]
Marta Frazão
Marta Frazão

1000000



Nome: RIVALDO GOMES MARQUES
Data: 05-03-2017 09:27
Coordenador: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

GLICOSE 118 mg/dL
UNID. DE MEDIDA: mg/dL
Método de Referência: 70-100 mg/dL
Intervalo de Referência: 70-100 mg/dL
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Método: Enzimático (Hexoquinase)

[Assinatura]
Rivaldo Gomes Marques
05/03/2017

Nome: RIVALDO GOMES MARQUES
Data: 05-03-2017 09:27
Coordenador: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

UREIA 44 mg/dL
UNID. DE MEDIDA: mg/dL
Método de Referência: 15-30 mg/dL
Intervalo de Referência: 15-30 mg/dL
Método: Enzimático (Diaminotransferase)
Método: Enzimático (Diaminotransferase)
Método: Enzimático (Diaminotransferase)

[Assinatura]
Rivaldo Gomes Marques
05/03/2017

Nome: RIVALDO GOMES MARQUES
Data: 05-03-2017 09:27
Coordenador: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

PROTEÍNA C REATIVA 7.8 mg/L
UNID. DE MEDIDA: mg/L
Método de Referência: 0-0.5 mg/L
Intervalo de Referência: 0-0.5 mg/L
Método: Turbidimetria
Método: Turbidimetria
Método: Turbidimetria

[Assinatura]
Rivaldo Gomes Marques
05/03/2017





SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 16-05-2017 08:31
Módulo: 44 anos
Unidade: 1004
Local: 10

GLICOSE (LJLH) 104 mg/dl

Valor de Referência: 70 a 100 mg/dl
Resultado: 104 mg/dl
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

URÉIA 44 mg/dl

Valor de Referência: 15 a 30 mg/dl
Resultado: 44 mg/dl
Observação: Resultado acima da faixa de referência.

CREATININA 1,7 mg/dl

Valor de Referência: 0,6 a 1,2 mg/dl
Resultado: 1,7 mg/dl
Observação: Resultado acima da faixa de referência.

Resultados anteriores: 08/03/17, 1,7 mg/dl

Resultado: 1,7 mg/dl

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 16-05-2017 08:31
Módulo: 44 anos
Unidade: 1004
Local: 10

COLESTEROL 118 mg/dl

Valor de Referência: 120 a 160 mg/dl
Resultado: 118 mg/dl
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

TRIGLÍCIDOS 154 mg/dl

Valor de Referência: 150 a 200 mg/dl
Resultado: 154 mg/dl
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

POTÁSSIO 3,38 mmol/L

Valor de Referência: 3,5 a 5,0 mmol/L
Resultado: 3,38 mmol/L
Observação: Resultado abaixo da faixa de referência.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49



Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 16-05-2017 08:31
Módulo: 44 anos
Unidade: 1004
Local: 10

AMIDASE 34 U/L

Valor de Referência: 10 a 30 U/L
Resultado: 34 U/L
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

ALANINAMINOTRANSFERASE (ALT/PTP)

Valor de Referência: 10 a 30 U/L
Resultado: 34 U/L
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

ALANINAMINOTRANSFERASE (ALT/PTP)

Valor de Referência: 10 a 30 U/L
Resultado: 34 U/L
Observação: Resultado dentro da faixa de referência.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 16-05-2017 08:31
Módulo: 44 anos
Unidade: 1004
Local: 10

PROTEÍNA C REATIVA - ULTRASSENSÍVEL 12,1 mg/L

Valor de Referência: 0 a 5 mg/L
Resultado: 12,1 mg/L
Observação: Resultado acima da faixa de referência.

VALORES DE REFERÊNCIA: 0 a 5 mg/L
Resultado: 12,1 mg/L
Observação: Resultado acima da faixa de referência.

VALORES DE REFERÊNCIA: 0 a 5 mg/L
Resultado: 12,1 mg/L
Observação: Resultado acima da faixa de referência.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49

CÓPIA



Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 12-03-2017 08:12
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES
Módulo: 40 anos
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos

GLICOSE
Resultado: 134 mg/dL
Intervalo: 70-100 mg/dL (jejum) / 120-160 mg/dL (pós-prandial)
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

UREIA
Resultado: 3,7 mg/dL
Intervalo: 2,0 - 6,0 mg/dL
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Diaminobipiridina)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 12-03-2017 08:12
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES
Módulo: 40 anos
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos

GLICOSE
Resultado: 134 mg/dL
Intervalo: 70-100 mg/dL (jejum) / 120-160 mg/dL (pós-prandial)
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

UREIA
Resultado: 3,7 mg/dL
Intervalo: 2,0 - 6,0 mg/dL
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Diaminobipiridina)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 12-03-2017 08:12
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES
Módulo: 40 anos
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos

GLICOSE (LACTO)
Resultado: 68 mg/dL
Intervalo: 70-100 mg/dL (jejum) / 120-160 mg/dL (pós-prandial)
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

UREIA
Resultado: 3,7 mg/dL
Intervalo: 2,0 - 6,0 mg/dL
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Diaminobipiridina)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49

Paciente: RONALDO GOMES MARQUES
Data: 12-03-2017 08:12
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES
Módulo: 40 anos
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos

GLICOSE (LACTO)
Resultado: 68 mg/dL
Intervalo: 70-100 mg/dL (jejum) / 120-160 mg/dL (pós-prandial)
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Hexoquinase)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

UREIA
Resultado: 3,7 mg/dL
Intervalo: 2,0 - 6,0 mg/dL
Unidade: mg/dL
Método: Enzimático (Diaminobipiridina)
Observação: Resultado dentro do intervalo normal.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 17/07/2020 10:00:49



SUSPENSO *Incl. 01/2016*

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO

PROFISSIONAL SOLICITANTE
Nome: Ronaldo Gomes Marques
CPF: 0131111944-9
Assinatura: [Assinatura]

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
Paciente segue em tratamento com insulina via insulina pelo IV.

PROFISSIONAL SOLICITANTE
Nome: Ronaldo Gomes Marques
CPF: 0131111944-9
Assinatura: [Assinatura]

AUTORIZAÇÃO
Assinatura: [Assinatura]
Data: 16/08/2017

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

SUS Sistema Único de Saúde

EXAME: RONALDO GOMES MARQUES
PROFESSOR: RUIZ MARIA DE SOUZA LIMA
DATA: 06-08-2017 (17:23)
LOCAL: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESULTADOS

Exame	Resultado	Valor de Referência
HEMOGLOBINA	12,20 g/dL	12,0 - 15,0 g/dL
HEMATÓCITO	3,25 x 10 ¹² /L	3,8 - 5,0 x 10 ¹² /L
HEMATÓCRITO	36,8 %	37,0 - 47,0 %
GLÓBULOS VERMELHOS	3,25 x 10 ¹² /L	3,8 - 5,0 x 10 ¹² /L
GLÓBULOS BRANCO	8,100 /mm ³	4,000 - 10,000 /mm ³
PLAQUETAS	112.000 /mm ³	150.000 - 400.000 /mm ³

COMENTÁRIOS: Contagem repetida e confirmada.

Assinatura: [Assinatura]
Data: 06-08-2017

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado, pessoa responsável pelo doente Ronaldo Gomes Marques, declara que a mesma encontra-se em condições de ser submetida a procedimentos de diagnóstico e tratamento, compreendendo-se a responsabilidade por sua conduta.

Assinatura: [Assinatura]
Data: 16/08/2017

O abaixo assinado, pessoa responsável pelo doente, reconhece que a mesma encontra-se em condições de ser submetida a procedimentos de diagnóstico e tratamento, compreendendo-se a responsabilidade por sua conduta.

Assinatura: [Assinatura]
Data: 16/08/2017

O abaixo assinado, pessoa responsável pelo doente, reconhece que a mesma encontra-se em condições de ser submetida a procedimentos de diagnóstico e tratamento, compreendendo-se a responsabilidade por sua conduta.

Assinatura: [Assinatura]
Data: 16/08/2017

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

SUS Sistema Único de Saúde

EXAME: RONALDO GOMES MARQUES
PROFESSOR: RUIZ MARIA DE SOUZA LIMA
DATA: 06-08-2017 (17:23)
LOCAL: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESULTADOS

Exame	Resultado	Valor de Referência
HEMOGLOBINA	12,20 g/dL	12,0 - 15,0 g/dL
HEMATÓCITO	3,25 x 10 ¹² /L	3,8 - 5,0 x 10 ¹² /L
HEMATÓCRITO	36,8 %	37,0 - 47,0 %
GLÓBULOS VERMELHOS	3,25 x 10 ¹² /L	3,8 - 5,0 x 10 ¹² /L
GLÓBULOS BRANCO	8,100 /mm ³	4,000 - 10,000 /mm ³
PLAQUETAS	112.000 /mm ³	150.000 - 400.000 /mm ³

COMENTÁRIOS: Contagem repetida e confirmada.

Assinatura: [Assinatura]
Data: 06-08-2017



DECLARAÇÃO

Declara, para os devidos fins de direito, que a Sr. Rinaldo Gomes Marques
foi admitido no Hospital de Emergência e Traumatismo de Campina Grande em 01 de Março de 2017, em UTI II, e a partir de 02 de Março, SEM PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR.

CO-506.7

Campina Grande - PB, 08 de Março de 2017

[Assinatura]
Médico Plantonista

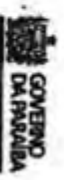
Declaração realizada em 02 Vias



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Relatório
Rinaldo T	47	M		
Diagnóstico	Acidente de trânsito com lesão de membro superior direito e lesão de membro inferior esquerdo.			
Exame Físico	Membro superior direito: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento. Membro inferior esquerdo: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento.			
Exame de Laboratório	Exames de sangue e urina dentro da normalidade.			
Exame de Imagem	Raio-X de membros superiores e inferiores sem alterações estruturais evidentes.			
Exame de Função	Força muscular e amplitude de movimento avaliadas.			
Exame de Avaliação	Avaliação de risco de queda e de infecção.			
Exame de Tratamento	Tratamento fisioterapêutico com exercícios de fortalecimento e mobilização.			
Exame de Prognóstico	Prognóstico reservado, com necessidade de acompanhamento contínuo.			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Relatório
Rinaldo T	47	M		
Diagnóstico	Acidente de trânsito com lesão de membro superior direito e lesão de membro inferior esquerdo.			
Exame Físico	Membro superior direito: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento. Membro inferior esquerdo: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento.			
Exame de Laboratório	Exames de sangue e urina dentro da normalidade.			
Exame de Imagem	Raio-X de membros superiores e inferiores sem alterações estruturais evidentes.			
Exame de Função	Força muscular e amplitude de movimento avaliadas.			
Exame de Avaliação	Avaliação de risco de queda e de infecção.			
Exame de Tratamento	Tratamento fisioterapêutico com exercícios de fortalecimento e mobilização.			
Exame de Prognóstico	Prognóstico reservado, com necessidade de acompanhamento contínuo.			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Relatório
Rinaldo T	47	M		
Diagnóstico	Acidente de trânsito com lesão de membro superior direito e lesão de membro inferior esquerdo.			
Exame Físico	Membro superior direito: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento. Membro inferior esquerdo: dor, edema, hiperemia, limitação de movimento.			
Exame de Laboratório	Exames de sangue e urina dentro da normalidade.			
Exame de Imagem	Raio-X de membros superiores e inferiores sem alterações estruturais evidentes.			
Exame de Função	Força muscular e amplitude de movimento avaliadas.			
Exame de Avaliação	Avaliação de risco de queda e de infecção.			
Exame de Tratamento	Tratamento fisioterapêutico com exercícios de fortalecimento e mobilização.			
Exame de Prognóstico	Prognóstico reservado, com necessidade de acompanhamento contínuo.			



EVOLUÇÃO PSIQUIATRIA

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Religião	Estado Civil	Endereço	Observações
WILSON	45	M	Trabalha em casa, cuidando da família, sendo um bom pai e marido.	Evangelista	Casado	Rua 15, nº 15, bairro Centro, Curitiba, Paraná.	Tratado com ECT, com melhora da sintomatologia. Atualmente em acompanhamento.



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE - SEMUVIS
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

Paciente: [nome] **Idade:** [idade] **Sexo:** [sexo] **UF:** [UF]

Diagnóstico: [diagnóstico]

Objetivos: [objetivos]

Intervenções: [intervenções]

Observações: [observações]

Assinatura: [assinatura]



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - COM LUGAR RESERVADO PARA
Pessoa com deficiência física

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UPA ADULTO

Nome: **BRUNO G. SANTOS** Data de nascimento: **10/05/1980** Sexo: **M** Idade: **39** Anos

Endereço: **Rua X. Carlos, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo, SP**

Profissão: **Engenheiro**

Relato do paciente: **Queixa de dor no ombro direito, dificuldade para levantar peso, há 10 dias.**

Exame físico: **OM: sem alterações. MM: sem alterações. RC: sem alterações.**

Exames complementares: **Não realizados.**

Diagnóstico: **Dor no ombro direito.**

Tratamento: **Fisioterapia.**

Prognóstico: **Bom.**

Assinatura do profissional: **[Assinatura]**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - PSIQUIATRIA - UN ADULTO

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO - PSIQUIATRIA - UN ADULTO

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---

Nome: Renildo Frazão de Oliveira
Idade: 41
Sexo: M
Profissão: ---

Admissão: 16/07/2020
Alta: ---

Diagnóstico: ---

Tratamento: ---

Observações: ---



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUPLENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UM ADULTO

Paciente: **Adriano** Data: **23/01/11** Hora: **14h**

Diagnóstico: **Paralisia cerebral**

Objetivos: **Realizar avaliação funcional e planejar a intervenção fisioterapêutica.**

Intervenção:

Atividade	Realizada	Observações
1. Avaliação funcional	☒	
2. Avaliação da marcha	☒	
3. Avaliação da força	☒	
4. Avaliação da resistência	☒	
5. Avaliação da flexibilidade	☒	
6. Avaliação da coordenação	☒	
7. Avaliação da comunicação	☒	
8. Avaliação da vida social	☒	
9. Avaliação da vida pessoal	☒	
10. Avaliação da vida profissional	☒	

Assinatura: **Adriano**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

Observações: **Evolution of patient's condition.**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

Observações: **Evolution of patient's condition.**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

Observações: **Evolution of patient's condition.**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

Observações: **Evolution of patient's condition.**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

Observações: **Evolution of patient's condition.**

SEÇÃO VARIADO ESPINHO DE SAQUE
SEÇÃO DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTE ADULTO

Paciente: **JOÃO CARLOS SOARES** Data: **10/07/2020**

Idade: **50** Sexo: **M** Altura: **1,70** Peso: **70**

Diagnóstico: **AVC isquêmico, síndrome de Guillain-Barré**

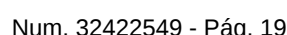
Exame físico: **Força muscular: 4/5. Sensibilidade: preservada. Reflexos: hiperreflexia.**

Tratamento: **Fisioterapia: fisioterapia funcional, fisioterapia respiratória.**

Medicação: **Paracetamol 500mg, Clonazepam 0,5mg.**

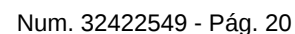
Observações: **Evolution of patient's condition.**



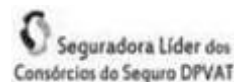
[illegible][illegible]

1. Nome: JOÃO DA SILVA
 2. Data de Nascimento: 10/05/1980
 3. Local de Nascimento: BRASILIA, D.F.
 4. Data de Admissão: 15/08/2010
 5. Cargo: ANALISTA DE SISTEMAS
 6. Departamento: TI
 7. Assessoria: TI
 8. Assessor: JOÃO DA SILVA
 9. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 10. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 11. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 12. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 13. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 14. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 15. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 16. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 17. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 18. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 19. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 20. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 21. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 22. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 23. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 24. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 25. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 26. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 27. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 28. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 29. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 30. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 31. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 32. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 33. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 34. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 35. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 36. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 37. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 38. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 39. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 40. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 41. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 42. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 43. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 44. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 45. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 46. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 47. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 48. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 49. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 50. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 51. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 52. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 53. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 54. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 55. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 56. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 57. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 58. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 59. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 60. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 61. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 62. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 63. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 64. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 65. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 66. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 67. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 68. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 69. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 70. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 71. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 72. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 73. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 74. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 75. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 76. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 77. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 78. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 79. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 80. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 81. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 82. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 83. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 84. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 85. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 86. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 87. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 88. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 89. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 90. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 91. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 92. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 93. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 94. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 95. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 96. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 97. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 98. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 99. Assessorado: JOÃO DA SILVA
 100. Assessorado: JOÃO DA SILVA

1. Nome: <u>João da Silva</u> 2. Data de Nascimento: <u>10/05/1980</u> 3. RG: <u>123456789</u> 4. CPF: <u>987654321</u> 5. Endereço: <u>Rua das Flores, 123 - Centro - São Paulo - SP</u> 6. Cidade: <u>São Paulo</u> - Estado: <u>SP</u> 7. País: <u>Brasil</u>		8. Data de Emissão: <u>15/08/2023</u> 9. Validade: <u>12 meses</u> 10. Assinatura: <u>[Assinatura]</u> 11. Nome do Emissor: <u>Dr. João da Silva</u> 12. Cargo: <u>Medico</u> 13. Instituição: <u>Hospital São Paulo</u> 14. Endereço: <u>Rua da Liberdade, 456 - Centro - São Paulo - SP</u> 15. Cidade: <u>São Paulo</u> - Estado: <u>SP</u> 16. País: <u>Brasil</u>	
17. Observações: <u>Exame de rotina, tudo dentro da normalidade.</u> 18. Assinatura do Médico: <u>[Assinatura]</u> 19. Nome do Médico: <u>Dr. João da Silva</u> 20. Cargo: <u>Medico</u> 21. Instituição: <u>Hospital São Paulo</u> 22. Endereço: <u>Rua da Liberdade, 456 - Centro - São Paulo - SP</u> 23. Cidade: <u>São Paulo</u> - Estado: <u>SP</u> 24. País: <u>Brasil</u>		25. Data de Recebimento: <u>15/08/2023</u> 26. Assinatura do Recebedor: <u>[Assinatura]</u> 27. Nome do Recebedor: <u>Dr. João da Silva</u> 28. Cargo: <u>Medico</u> 29. Instituição: <u>Hospital São Paulo</u> 30. Endereço: <u>Rua da Liberdade, 456 - Centro - São Paulo - SP</u> 31. Cidade: <u>São Paulo</u> - Estado: <u>SP</u> 32. País: <u>Brasil</u>	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359717/18

Número do Sinistro: 3180457590

Vítima: RINALDO GOMES MARQUES

CPF: 016.843.627-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RINALDO GOMES MARQUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

RINALDO GOMES MARQUES : 016.843.627-25

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/03/2019
Nome: RINALDO GOMES MARQUES
CPF: 016.843.627-25

RINALDO GOMES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180457590**

Nome do(a) Examinado(a): **RINALDO GOMES MARQUES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA, SN - CAZUZINHA - Ingá - PB - CEP 58380-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1689302**

Data e local do acidente: [**01/03/2017**] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO HEPÁTICA / TCE COM CONTUSÃO ENCEFÁLICA / LAD

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO CARRO-MOTO, NO DIA 01/03/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO HEPÁTICA / TCE COM CONTUSÃO ENCEFÁLICA / LAD. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 10/04/2017. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. SE ALIMENTA NORMALMENTE, SEM PERDA DE EQUILÍBRIO, FALA NORMALMENTE, SE VESTE NORMALMENTE, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NORMAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

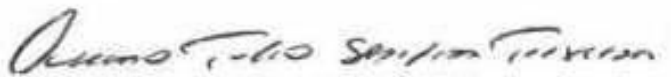
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.**



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180457590 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO GOMES MARQUES **Data do acidente:** 01/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO HEPÁTICA
TCE COM CONTUSÃO ENCEFÁLICA E LAD

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADE. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO. SE ALIMENTA NORMALMENTE, SEM PERDA DE EQUILÍBRIO, FALA NORMALMENTE, SE VESTE NORMALMENTE, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NORMAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO CARRO-MOTO, NO DIA 01/03/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO HEPÁTICA / TCE COM CONTUSÃO ENCEFÁLICA / LAD. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 10/04/2017.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

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





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULO			
REGISTRO:	PLACA:	MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	MOW9656	VOLVO/FH 400 6X2T	2008
SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:		
Tracionador	Caminhão-trator		
CHASSI:	RENAVAM:	PAÍS:	
98VASG0C98E744108	00963249830	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA:	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Tracção	Aluguel	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
O cronotacógrafo estava sem disco. Al nº T104868348			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	
JEFFERSON POLETO		962.369.570-53	
Dados de Endereço:			
LOGRADOURO:			NÚMERO:
AV ASSIS CHATEAUBRIAND 2282			02282
COMPLEMENTO:			BARRIO:
MUNICÍPIO:			
CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga:			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Cronotacógrafo			
OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO:		EXISTE:	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO:
Sim		Sim	Não
TEMPOS DE PARADA ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO:		DISCO DANFUSMA FOI RECORRIDO:	
Não		Não	
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:		IMAGEM DE CRONOTACOGRAFO:	

APENSO
Nº 3190666316
Nome: Renato

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movobol/autenticar

DATADOR DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF68BED6E3888035F70055

Página 4 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 25



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.

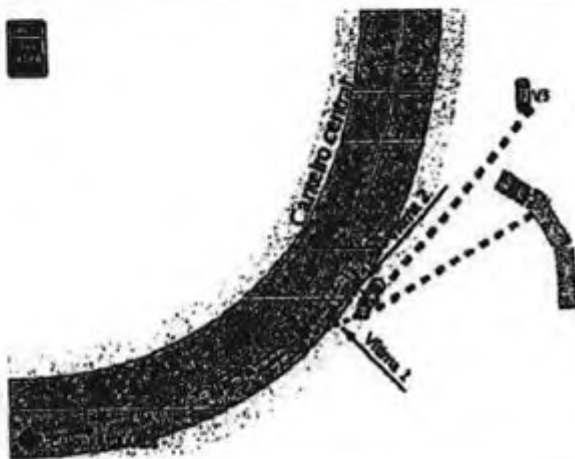


Sem Imagem

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



Jólio Pessoa

APENSO

Nº 3170666316

Nome: *Ronald D.*

Amarração - Não realizada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATADORIA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF88BED5E8888D353F7B0658

Página 2 de 29





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

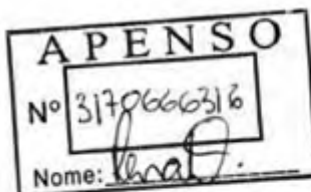


PROTOCOLO:
17020231B01

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, placas 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/novobet/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFED0ED5E8686C033F780558

Página 3 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 27



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

Dados do Veículo			
SEQUENCIAL: V1	PLACA: QOW9856	MARCA/MODELO: VOLVO/FH 400 6X2T	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Caminhão-trator	
CHASSI: 9BVASG0C98E744108	RENAVAM: 00983249830	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Tracção	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: O cronotacógrafo estava sem disco. AI n° T104669348			
NOME DO PROPRIETÁRIO: JEFFERSON POLETO		CPF/CNPJ: 962.369.570-53	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: AV ASSIS CHATEAUBRIAND 2282			NÚMERO: 02282
COMPLEMENTO:			BARRIO:
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Cronotacógrafo			
OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO: Sim		EXISTE: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Não
TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO: Não		DISCO DIAGRAMA FOI RECORRIDO: Não	
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:		IMAGEM DE CRONOTACOGRAFO:	
 Sem Imagem		 Sem Imagem	

APENSO
Nº **3170666316**
Nome: **Renato**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobolautenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED6E88640351F7B0458

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

APENSO

Nº 320666316

Nome: 

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE00BED6E0000C033F780898

Página 3 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V1	PLACA: KIS4214	MARCA/MODELO: SR/RANDON SR CA	ANO FABRICAÇÃO: 2001
SITUAÇÃO: Rebocado		TIPO DE VEÍCULO: Semi-reboque	
CHASSI: 9ADG071211M162851	RENAVAM: 00755848837	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: HESSELO RIBEIRO DE FARIAS		CPF/CNPJ: 160.164.324-15	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: RUA JOSE SOARES DE SANTANA 254			NÚMERO: 00254
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo sem carga			
IMAGEM DE PRODUTO PERDIDO:		IMAGEM DE CROQUI/ACORDÃO:	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

APENSO
Nº 3170666316
Nome: *Romário*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movels/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE88ED5E88880353F7B0638

Página 6 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL:	PLACA:	MARKS/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	KIS4194	SP/RANDON SR CA	2001
MTUZAÇÃO:		TIPO DE VEÍCULO:	
Rebocado		Semi-reboque	
CHASSI:	RENAVAM:	PAIS:	
9ADG071211M162850	00757424937	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA:	MANEIRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Carga	Aluguel	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	
HESBELO RIBEIRO DE FARIAS		160.164.324-15	
Dados de Endereço			
LOCALIDADE:			NÚMERO:
RUA JOSE SOARES DE SANTANA 254			00254
COMPLEMENTO:			BARRIO:
MUNICÍPIO:			
CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Veículo sem carga		IMAGEM DE CROMOTACOGRAFIA:	
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:			
Sem Imagem		Sem Imagem	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Sem Imagem			

APENSO
Nº 3170666346
Nome: *[Assinatura]*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/innovati/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF668ED6E84488C053F780653

Página 7 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 31



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULO			
SEQUENCIAL: V2	PLACA: NPW2416	MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX KS	ANO FABRICAÇÃO: 2009
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC16109R027163	RENAVAM: 00152735380	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo parado sobre a pista, pois havia uma caminhão parado em sua frente, na mesma faixa.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: RINALDO GOMES MARQUES		CPF/CNPJ: 016.843.627-25	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R JOAQUIM F OLIVEIRA SN CASA		NÚMERO:	
COMPLEMENTO: CASA		BAIRRO:	
MUNICÍPIO: INGA/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Encaminhamento			
MOTIVO: Ausência de responsável		TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem		IMAGEM DE CRONOYACORDADO:  Sem Imagem	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem			

APENSO
Nº 3730666316
Nome: Renato

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/innovatel/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:00

NÚMERO DE CONTROLE: 6242AFE80BED5E88866C353F7B0658

Página 8 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS			
SEQUENCIAL: V3	PLACA: KGH8068	MARCA/MODELO: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BD1582Z774899045	RENAVAM: 00899844570	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado no acostamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo estacionado no acostamento, pois seu condutor tentava ajudar outro condutor envolvido em outro acidente.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: WILLIAMS GERALDO SILVA		CPF/CNPJ: 161.340.794-72	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R JOAO M S RIBEIRO 68			NÚMERO: 00068
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO		IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

APENSO
Nº 3706696
Nome:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE66BED6E88680353F7B058

Página 9 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V4	PLACA: MXT7708	MARCA/MODELO: FORD/CARGO 815 E	ANO FABRICAÇÃO: 2007
Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão	
CHASSI: 9BFVCE1N478B98481	RENAVAM: 00933891092	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado na faixa de rolamento	
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: JOEL RODRIGUES DA SILVA		CPF/CNPJ: 020.910.934-32	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: RUA BELO JARDIM			NÚMERO: 556
COMPLEMENTO: CASA			BAIRRO:
MUNICÍPIO: SAO LOURENCO DA MATA/PE			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Cronotacógrafo			
OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO: Sim		EXISTE: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Sim
TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO: Sim		DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO: Não	
IMAGEM DE PRODUTO FÉRSICO:		IMAGEM DE CRONOTACOGRAFO:	

APENSO
Nº 3170666312
Nome: *Renato*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED5E88886C053F7B0658

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

APENSO

Nº 3170666316

Nome: *[Assinatura]*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoportal/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68BED6E8866D353F780858

Página 11 de 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS		
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOW9656 / VOLVO/FH 400 6X2T		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JOSE VICENTE JUSTINO FILHO	CPF: 132.243.284-87	DATA DE NASCIMENTO: 10/04/1956
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: LINDALVA SERAFIM DO NASCIMENTO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA CASTRO ALVES		NÚMERO: 233
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: JOSE PINHEIRO	
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE: 83 98742 6341	E-MAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: E
MOTOCICLISTA PROFISSIONAL: Sim	Nº DO REGISTRO: 01249449505	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 17/03/1976	VALIDADE DA CNH: 28/04/2020	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		
VISÍVEL SINUS DE EMBRAQUEZ: Não	SINUS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Não foi feito o Teste de etilômetro devido ao grande tumulto no local.		
IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:		
IMAGEM DE DECLARAÇÃO:		
 Sem Imagem APENSO Nº 3170666316 Nome: <i>[Assinatura]</i>  Sem Imagem		

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF686ED5E6866D353F7B0858

Página 12 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231801

STATUS:
Encerrado

VEÍCULO		PESSOAS	
SEQUENCIAL/PONTO/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO:		
V2 / NPW2418 / HONDA/CG160 TITAN MIX KS	Condutor/ PROPRIETÁRIO		
NOME:	CNPJ:	DATA DE NASCIMENTO:	
RINALDO GOMES MARQUES	016.843.627-25	20/07/1972	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EMISSOR:	SEXO:	
		Masculino	
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:		
	RISOMAR GOMES DA SILVA		
Dados de Endereço		NÚMERO:	
COORDENADOR:		SN	
RUA JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA		BARRIO:	
COMPLEMENTO:		CAZUZINHA	
CASA			
MUNICÍPIO:			
INGA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Habilitação		CATEGORIA:	
HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	AD	
Habilitação Nacional		UF:	
MOTORISTA PROFISSIONAL	Nº DO REGISTRO:	PB	
Não	02542612506		
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	VALIDADE DA CHT		
21/08/1997	28/11/2019		
OBSERVAÇÕES DA CHT			
99			
Circunstâncias		USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
ESTADO FÍSICO:		NÃO APLICÁVEL	
Lesões Graves		USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
USAVA CAPACETE:		NÃO APLICÁVEL	
Sim		RESULTADO DO TESTE:	
ETILOMETRO DISPONÍVEL:		RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE	
Sim		Não	
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:			
VERBES/ SINAIS DE EMBAIACADE:		SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS:	
Não		Não	
Encaminhamento		TIPO DE RECEPTOR:	
MOTOR:		SAMU	
Socorro médico			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:			
Condutor socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.			

APENSO
Nº 370666316
Nome: *[Assinatura]*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

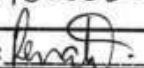
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF688ED6E88880D65F7B0858

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	

APENSO
Nº 3170666316
Nome: 

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobet/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68ED5E8866D353F7D0658

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: V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS	ENVOVIMENTO: Passageiro
NOME: GEOVANE DA SILVA ANDRADE	DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1985
CPF: 7321781	SEXO: Masculino
ORIGEM EXTERIORE: SSP PB	NOME DA MÃE:
ESTADO CIVIL:	
Dados de Endereço	
LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BARRIO:
MUNICÍPIO:	
TELEFONE: 63 99334 9409	EMAIL:
Circunstâncias	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
USAVA CASCOTE: Sim	

Encaminhamento	
MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Passageiro socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	
IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES: Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO: Sem Imagem
APENSO Nº 270666316 Nome: <i>Renata</i>	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/boletim/autenticar
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 18:08

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF068ED6E88986D383F7B0854

Página 18 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS		
SEQUENCIAL PLACA/MARCA/MODELO: V3 / KGH8088 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: CARLOS ANTONIO LIMA	CPF: 272.550.424-49	DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1962
NR DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Divorciado(a)	NOME DA MÃE: JOSEFA FIRMINO DE LIMA	
Dados de Endereço		NÚMERO: SN
LOGRADOURO: SÍTIO BRITO		BARRIO: GALANTE
COMPLEMENTO: CASA		
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE: 83 98616 7951	EMAIL:	
Dados da Habilitação		CATEGORIA: AD
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	UF: PB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Sim	NR DO REGISTRO: 01342141377	VALIDADE DA CNH: 06/08/2017
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 24/07/1986	OBSERVAÇÕES DA CNH: 99	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
ETNOMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		
VISUEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Não foi feito o teste de Etômetro devido ao grande tumulto no local.		
IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR:		IMAGEM DE DECLARAÇÃO:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 10:05

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88000D353F7B0858

Página 10 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS	
SEQUÊNCIA DO COMANDO DO VEÍCULO: V4 / MXT7706 / FORD CARGO 815 E	ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: JOEL RODRIGUES DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1976
CPF: 020.910.934-32	SEXO: Masculino
ORÇÃO EXPEDIENTE	
NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DA SILVA	
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NÚMERO: 00000000558
Dados de Endereço	
LOCALIDADE: RUA BELO JARDIM	Bairro: CENTRO
COMPLEMENTO: CASA	
MUNICÍPIO: SAO LOURENÇO DA MATA/PE	
TELEFONE: 81 98891 7301	EMAIL:
Dados da Habilitação	
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO: BRASIL
MOTORISTA PROFISSIONAL:	CATEGORIA: AE
Sim	UP: PE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 05/02/1998	VALIDADE DA CNH: 12/07/2019
OBSERVAÇÕES DA CNH: 1315	
Circunstâncias	
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: NÃO
RECURSO-SE A REALIZAR O TESTE: NÃO	
DESCRIÇÃO DA IMPROBIDADE: VIEMOS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: NÃO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Não foi feito o Teste de Etilômetro devido ao grande tumulto no local.	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
APENSO Nº 317066634 Nome: <i>Joel Rodrigues da Silva</i>	
Sem Imagem	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/innovobol/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:58

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE68BED5E88680353F780658

Página 17 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 41



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIA/CAB/MARCA/MODELO:

V1 / MOW9656 / VOLVO/FH 400 6X2T

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAT:

17020231B01

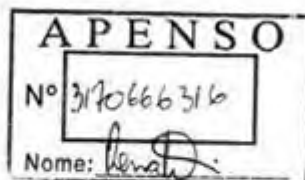
DATA/HORA:

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	Carroceria 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/movobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE868ED5E8868D353F7B0858

Página 18 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 42



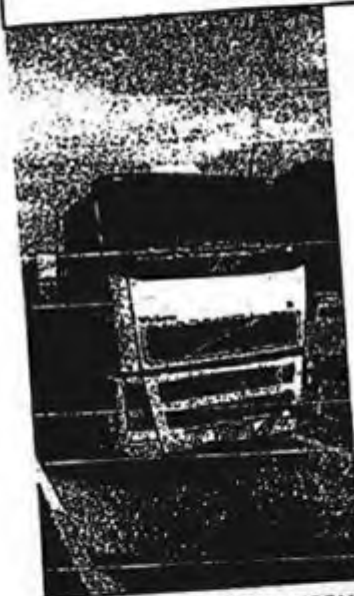
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)



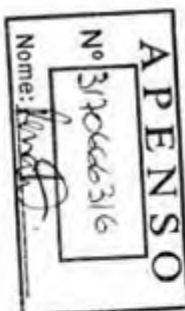
TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.grt.gov.br/verboho/autenticar

DATAHORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:08

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE86BED5E888680353F7B0658

Página 19 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AValiação DE DANOS

SEQUENCIA/PLACAMIN/MODELO:

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

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

APENSO

Nº 3170666316

Nome: Renato

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movobol/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED6E888660353F780856

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)



APENSO

Nº 3170666316

Nome: *Renato*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE668ED6E8868D383F780658

Página 21 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427



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

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BAI:

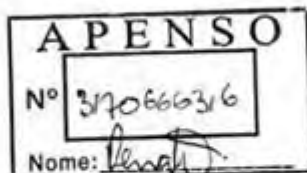
17020231B01

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	Carroceria 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/novobai/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E8886D353F7B0658

Página 22 de 29



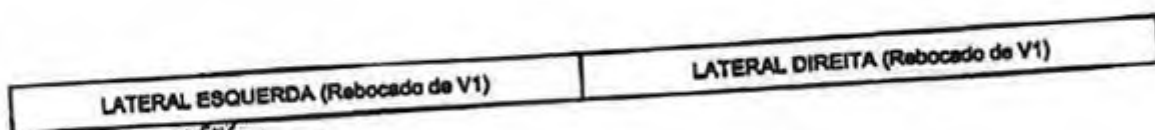
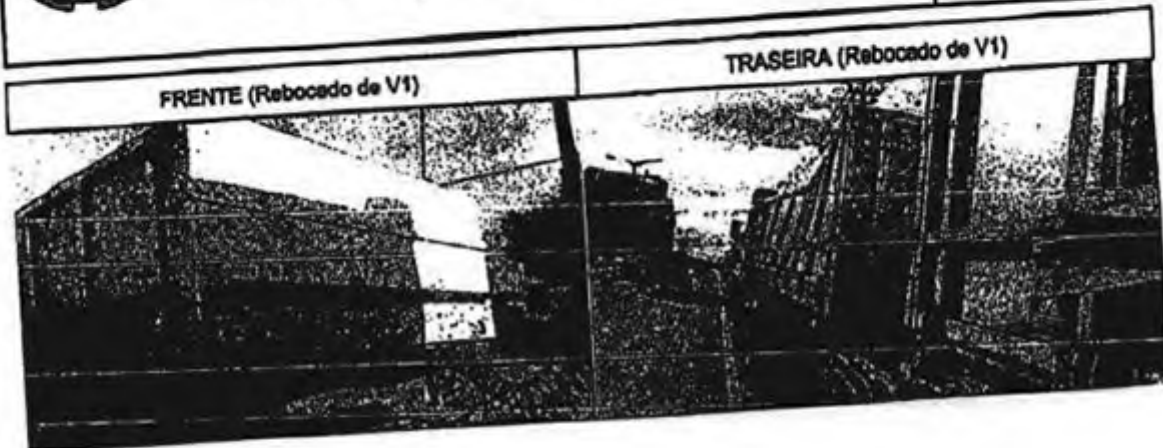
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 46

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		PROTOCOLO: 17020231B01
		STATUS: Encerrado



PENSO Nº 370666316 Nome: <i>[Assinatura]</i>

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/sinovat/autenticar
 DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE86BED5E8806035F7B0058
 Página 23 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS		NÚMERO DO BAI: 17020231B01		
SEQUENCIAL PLACA/MARCA/MODELO: V2 / NPW2418 / HONDA VCG150 TITAN MIX KS		DATA/HORA: 01/03/2017 11:45		
NOMENCLATURA DO AGENTE: FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939				
Item	Nome da Peça	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior de 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 (tríciclos)		X	
TOTAL GERAL (SIM + NA): 4		DIMENSÃO DA MONTA: Média		
FRENTE (V2)		TRASEIRA (V2)		



APENSO
Nº 3170666316
Nome: *[Assinatura]*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movobai/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 12:08

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE66BED6E8866D363F7BC668

Página 24 de 29





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



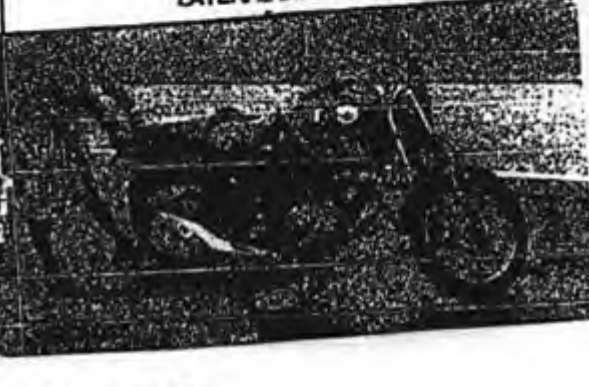
PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

LATERAL ESQUERDA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



APENSO

Nº 370666316

Nome: *Fernanda*

AVALIAÇÃO DE DANOS		Item danificado no acidente		
Item	Nome da Peça	SIM	NÃO	NA
1	Panela 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	Assento central esquerdo		X	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novabaf/autenticar
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF68ED6E8866D035F7B0858
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 cegamba		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 + NÃO):

3

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

FRENTE (V3)

TRASEIRA (V3)



APENSO

Nº 3170665316

Nome: *[Assinatura]*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobol/validar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE68ED5E8866D353F780858

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)



APENSO

Nº 3170 666316

Nome: *[assinatura]*

AVALIAÇÃO DE DANOS					
SEQUENCIAL PLACA/MARCA/MODELO: V4 / MXT7708 / FORD/CARGO 815 E			NÚMERO DO BAT: 17020231B01		
NOME/ATRIBUIÇÃO 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	Carroceria 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/novobol/autenticar
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AF688ED6E8886D353F750858
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

APENSO
Nº 370666316
Nome: *lucy*

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movsba/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 8242AFE868ED6E688880353F7B0858

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

A PENSO
Nº 3170666316
Nome: <i>[Assinatura]</i>

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/movobal/autenticar DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06	NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE86BED6E8868D353F7B0856	Página 29 de 29
---	---	-----------------





CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
1 0015273538-0 007000000000 2015

RINALDO GOMES MARQUES

01684362725

NOVO ANTILUX PB RC2KC16109R027163

PAS/MOTOCICLETA/BAO 1811C 2009/CASOL

HONDA/CG 150 TITAN HX AS 2009-1 2009-1

02/09/2015 22/09/2015

1 PVX 97A800-EN 22/09/2015

V 15 1504/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

1504/PA/PA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2





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:

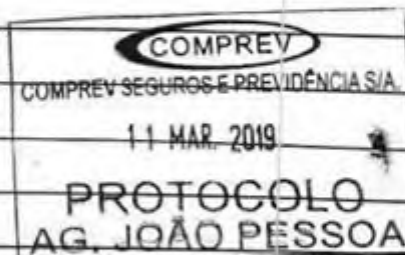
SAMU

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BE15E8866D353F7B0858

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



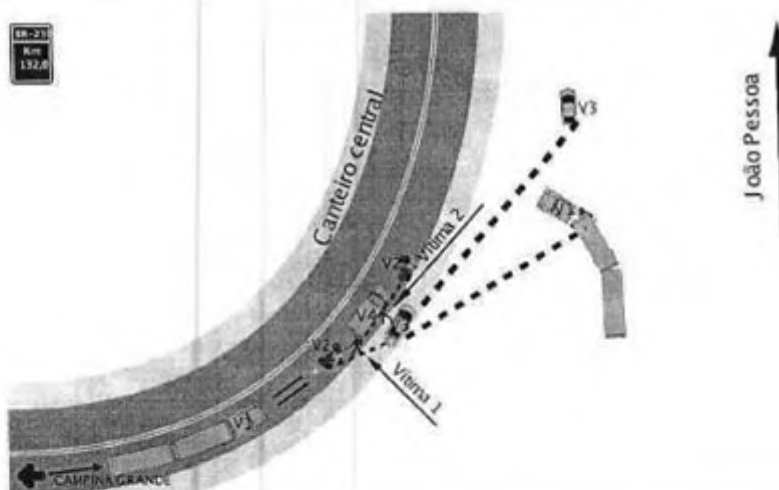
Sem Imagem

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E8886D353F7B0858

Página 2 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

O cronotacógrafo estava sem disco. AI nº T104869348

NOME DO PROPRIETÁRIO: JEFFERSON POLETO	CPF/CNPJ: 962.369.570-53
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: AV ASSIS CHATEAUBRIAND 2282	NUMERO: 02282
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

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

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Cronotacógrafo

OBRIGATORIO PARA ESSE VEICULO: Sim	EXISTE: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Não
TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO: Não	DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO: Não	

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 5 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 3242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 6 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: KIS4194	MARCA/MODELO: SR/RANDON SR CA	ANO FABRICAÇÃO: 2001
SITUAÇÃO: Rebocado		TIPO DE VEÍCULO: Semi-reboque	
CHASSI: 9ADG071211M162850	RENAVAM: 00757424937	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: 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

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

NÚMERO:
00254

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 7 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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

NOME DO PROPRIETÁRIO:
RINALDO GOMES MARQUES

CPF/CNPJ:
016.843.627-25

Dados de Endereço

LOGRADOURO:
R JOAQUIM F OLIVEIRA SN CASA

COMPLEMENTO:
CASA

MUNICÍPIO/UF:
INGA/PB

TELEFONE:

EMAIL:

BAIRRO:

NUMERO:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO:
Ausência de responsável

TIPO DE RECEPTOR:
Depósito credenciado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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/novoba/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858

Página 8 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

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

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

NOME DO PROPRIETÁRIO: WILLIAMS GERALDO SILVA	CPF/CNPJ: 161.340.794-72
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R JOAO M S RIBEIRO 68	NÚMERO: 00068
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:
CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE: EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED05E88866D353F7B0858

Página 9 de 29





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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V4	PLACA: MXT7706	MARCA/MODELO: FORD/CARGO 815 E	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Traclonador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão	
CHASSI: 9BFCVE1N47B898481	RENAVAM: 00933691092	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Estacionado/parado na faixa de rolamento	

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:
JOEL RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ:
020.910.934-32

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA BELO JARDIM	NÚMERO: 556
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: SAO LOURENCO DA MATA/PE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Cronotacógrafo

OBRIGATÓRIO PARA ESSE VEÍCULO: Sim	EXISTE: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Sim
TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO: Sim	DISCO DIAGRAMA FOI RECÓLHIDO: Não	

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

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.prf.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: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 65



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

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

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: 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: V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: RINALDO GOMES MARQUES	CPF: 016.843.627-25	DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1972
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: RISOMAR GOMES DA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA JOAQUIM FAUSTO DE OLIVEIRA	NÚMERO: SN
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: CAZUZINHA
MUNICÍPIO/UF: INGA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTOCICLISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 02542612506	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 21/08/1997	VALIDADE DA CNH: 26/11/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: Não
RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não	
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:	
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Condutor socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 11/03/2017 19:06 NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E83866D353F7B0858

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5EE8866D353F7B0858

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:

V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

NOME:

GEOVANE DA SILVA ANDRADE

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

7321781

ESTADO CIVIL:

CPF:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SSP PB

NOME DA MÃE:

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

06/11/1985

SEXO:

Masculino

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

TELEFONE:

83 99334 9409

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Passageiro socorrido para o Hospital de Traumas em Campina Grande.

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E38866D353F7B0858

Página 15 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 69



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / KGH8098 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

CARLOS ANTONIO LIMA

CPF:

272.550.424-49

DATA DE NASCIMENTO:

05/01/1962

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Divorciado(a)

NOME DA MÃE:

JOSEFA FIRMINO DE LIMA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

SITIO BRITO

NÚMERO:

SN

COMPLEMENTO:

CASA

BAIRRO:

GALANTE

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:

83 98616 7951

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

AD

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Sim

Nº DO REGISTRO:

01342141377

UF:

PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

24/07/1986

VALIDADE DA CNH:

06/08/2017

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Ileso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

ETILÔMETRO DISPONÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Não foi feito o teste de Etilômetro devido ao grande tumulto no local.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

IMAGEM DE DECLARAÇÃO:



Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E38866D353F7B0858

Página 16 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 70



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



PROTOCOLO:
17020231B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

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

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E8886D353F7B0858

Página 18 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 72



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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

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

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 20 de 29





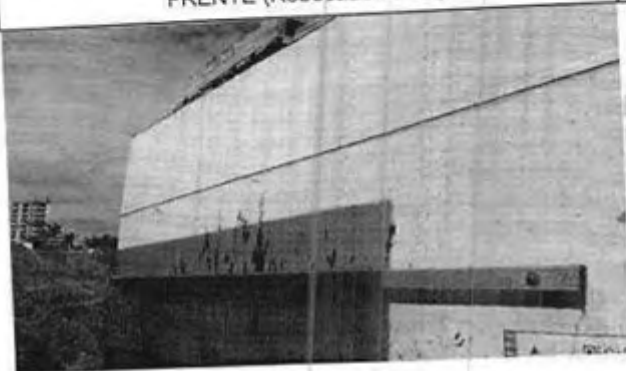
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



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

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

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BA:

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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 22 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 76



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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 23 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:

V2 / NPW2416 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FERNANDA GUEDES MACIEIRA/1543939

NÚMERO DO BA:

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 24 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 78



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

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	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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE86BED5E88866D353F780858

Página 25 de 29





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



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		
FRETE (V3)		TRASEIRA (V3)		



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.dprf.gov.br
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO:





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	Carroceria 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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 27 de 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710004867000000031060427>

Número do documento: 20071710004867000000031060427

Num. 32422549 - Pág. 82



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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE668ED5E88866D353F7B0858

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 9242AFE66BED5E88866D353F7B0858

Página 29 de 29



Enviado: 26/09/2017 Referência: Set/2017
Classificação: RESIDENCIAL/BAIRRO RENDA MINOR A
Póster: 15-58-740-2510 Nº medidor: 0000840000

ENERGIA PARCEL - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 28 - Orla Paulista - São Paulo - PE - CEP 53071-690
CNPJ 06986193/0001-71 - Insc. Est. ME 016.823-2

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica 04007 120 403
Ced. por 50% Autenticação 0000000143

Atendimento ao Cliente Emergência 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ SAAS
Set / 2017	26/09/2017	26/10/2017	2275113444

UC (Unidade Consumidora) 5/6845143

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI. É a quota pela Lei
 nº 10.438, de 29 de abril de 2002
 Ao acessar www.energia.com.br você recebe tudo o que precisa
 com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como
 seguir a via de cartas, mudança de titularidade, renovação, consor-
 tamento, entre outros.

[illegible]

CÓPIA

VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/10/2017	R\$ 46,50

[illegible]

RESERVADO AO FISCO
4c9b.4a50.e0fe.1012.d40c.c070.8528.c3a7.

Indicadores de Qualidade T1 2017 - 2018			Comparativos de Consumo		
	Limites de ANEEL	Aperado	Limites de Tempo de Entrega T1		
PC - 100%	8,1%	0,0%	100%	230	
PC - 100% T1	10,3%				
PC - 100% T2	20,0%				
PC - 100% T3	20,0%				
PC - 100% T4	8,7%	0,0%	CONTRATADO		
PC - 100% T5	13,0%		100% T1	200	
PC - 100% T6	12,2%	0,0%	100% T2	291	

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia (kWh)	7,81	17,0%
Consumo de Gás	10,18	21,9%
Consumo de Água	1,22	2,6%
Consumo de Sólidos	0,18	0,4%
Consumo de Outros	24,39	53,1%
Consumo de Serviços	0,00	0,0%
Total	44,00	100,0%

ATENÇÃO

- São vendidas em 1 unidade, com 100 unidades, 1000 unidades e 10000 unidades.
- Atenção: Não é possível comprar mais de 100 unidades de uma única vez.
- Atenção: Não é possível comprar mais de 1000 unidades de uma única vez.
- Atenção: Não é possível comprar mais de 10000 unidades de uma única vez.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rinaldo Gomes Marques, portador da carteira de
Identidade nº 1689302 e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.843.627-25
residente e domiciliado na Rua Joaquim Fausto de Oliveira
Cidade Ingá, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

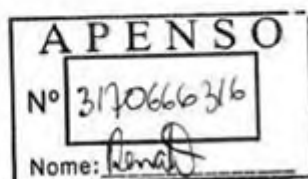
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Rinaldo Gomes Marques

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa - PB 16/11/2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

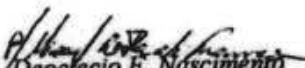


DECLARAÇÃO

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.

CÓPIA


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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	016.843.627-25	Raimundo Gomes Marques
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Raimundo Gomes Marques	016.843.627-25	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recluso Informar	Rua Joaquim Francisco da Oliveira	50
Bairro:	Cidade:	Estado:
Leopoldina	Itaja	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53380-000	(31) 98193-8421

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3345 5 CONTA: 26630 2 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Itaja PR - 11/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Raimundo Gomes Marques

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

11 MAR. 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cliente

1º Titular

RINALDO GOMES MARQUES

Agência	Conta	Varição
1345-5	26.630-2	51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
31/12/2018		Saldo Anterior			267,68 C
04/01/2019	05	737-Juros	1345-5		10,04 C
S A L D O					267,72 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONÍVEL					267,72 C
RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC					
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.					

Saldos por dia base

Dia base	Saldo
05	10,36
28	257,36

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PARA DEPOIS. APLIQUE JÁ.

Impresso em 10.01.2019 às 13:04:40

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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. 00451/00452 - carta_04 - INVALIDEZ

00070226



Carta nº 14092672





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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. 00393/00394 - carta_02 - INVALIDEZ

00050197



Carta nº 14049442





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





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RINALDO GOMES MARQUES
Nº Sinistro: 3180457590
Vitima: 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

Pag. 01847/01848 - carta_03 - INVALIDEZ



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 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 13437408

