

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

23/ R
Sergio Augusto

GE - 1 Via - 9001112859130



Per Médico

[Análise]

PRESTADORA: Amorim e Mattos Serviços Médicos Especializados Ltda
NOME DA VÍTIMA: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES
NÚMERO DO SINISTRO: 2010/028999
DATA DO ACIDENTE: 24/02/2009
UF: CE
SEGURADORA: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
REGULADORA: Delphos Serviços Técnicos S.A.

DATA DO ÚLTIMO DOCUMENTO: 26121

DATA LIMITE PARA LIQUIDAÇÃO: 22131

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA NO ABDOME, TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

SEQÜELAS PERMANENTES:

ESPLENECTOMIA, DEBILIDADE, CLAUDICAÇÃO DO MID

VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:

R\$ 13500,00 / 100%

VALOR AVALIADO / PERCENTUAL

R\$ 3712,50 / 27,5%

PERÍCIA MÉDICA:**DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)****PARECER:**

BAÇO 100% = 10% + MEMBRO INFERIOR 25% = 17,5%

OBSERVAÇÕES:**DATA DA ANÁLISE**

26/02/2010

DATA DO ENCAMINHAMENTO

26/02/2010

DR. JOSÉ ARTUR AMORIM
CRM 51314/4-2
Auditor

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -**

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

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

EU, ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES, PORTADOR / A DO RG Nº 2001021031532 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 10/09/2001, CPF / CNPJ Nº 029.080.403-52, PROFISSÃO Agricultora E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES, AUTORIZO A SEGURADORA MAPFRE SEGUROS S/A A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 2093-1

Nº CONTA POUPANÇA 14.934-9

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CATARINA/CE, 12 de Janeiro 2010

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

Antonia Raquel Pereira Goncalves

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R\$ 13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares** (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse **www.dpvat.com.br** ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2010

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02093-1

CONTA: 000010014934-0

Nr. da Autenticação 973F7F2F9B862797

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

23/2 R
Sergio Augusto

GE - 1 Via - 9001112859130

per Médico

Análise |

**PRESTADORA:** Amorim e Mattos Serviços Médicos Especializados Ltda**NOME DA VÍTIMA:** ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

DATA DO ÚLTIMO DOCUMENTO: 26/2/1

NÚMERO DO SINISTRO: 2010/028999**DATA DO ACIDENTE:** 24/02/2009**UF:** CE

DATA LIMITE PARA LIQUIDAÇÃO: 22/3/1

SEGURADORA: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**REGULADORA:** Delphos Serviços Técnicos S.A.**DIAGNÓSTICO:**

TRAUMA NO ABDOME, TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

SEQÜELAS PERMANENTES:

ESPLENECTOMIA, DEBILIDADE, CLAUDICAÇÃO DO MID

VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:

R\$ 13500,00 / 100%

VALOR AVALIADO / PERCENTUAL

R\$ 3712,50 / 27,5%

PERÍCIA MÉDICA:**DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)****PARECER:**

BAÇO 100% = 10% + MEMBRO INFERIOR 25% = 17,5%

OBSERVAÇÕES:**DATA DA ANÁLISE**

26/02/2010

DATA DO ENCAMINHAMENTO

26/02/2010

DR. JOSÉ ARTUR AMORIM
CRM 51314-2

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Seg/Reg: mapa / Alpha

Sinistro nº 101028999

PROCEDIMENTO Processo nº 100 / 022866 / 2010/ 01

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica ☒ Amorim e Mattos

☒ Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

PROCEDIMENTO Processo nº 100 / _____ / 2010/ _____

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos

() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

PROCEDIMENTO Processo nº 100 / _____ / 2010/ _____

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos

() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

Obs.: 03

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: Samanta

Data: 12/02/2010

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

PRI

Atendimento Telefônico DPVAT:

De segunda à sexta-feira: das 8h às 18h

Telefone: (21) 4009-1709



MAPFRE
SEGUROS

Consulta via Internet: www.dpvat.com.br

RIO DE JANEIRO, 02 de Fevereiro de 2010.

DVC/DPV/010962/2010

À
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
RUA SENADOR DANTAS, N° 74 / 15° ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO RJ
CEP: 20031201

A/C.: ANGELA MARIA DO AMPARO

SEGURO D.P.V.A.T.

Encaminhamos os processos abaixo relacionados para apreciação, conforme cartas anexadas aos mesmos.

Nº Sinistro	Nº Pasta	Nome da Vítima
2010028999	2010028999	ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

Cordialmente

EDSON JORGE VALENTE BACELAR
(Auxiliar Administrativo)

SAM PRI

15:56 02/02/2010 023862 SEGURADORA LÍDER DPVAT RECEBIDO 158848



=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 27/01/2010 14:08:27 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* DPV010T ***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO ***** 1014 / DPV016P *

=====

ANO / NUM. / LANC - 2010 / 028999 / 01 COD. DEPEND .. - 635

COD. SEG. - 6238 TIPO DOCUMENTO - 8 EX -

NUM. DOCUMENTO - CE9999999999 DT.CADAST.PARC.- 00 / 00 / 0000

CATEGORIA - 09 DT. SINISTRO . - 24 / 02 / 2009

DT. CADAST..... - 27 / 01 / 2010 DT. RATEIO ... - 00 / 00 / 0000

NATUREZA - 2 CPF VITIMA - 02908040352

NOME DA VITIMA - ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

DT. NASC. - 26 / 08 / 1987 VALOR INDENIZ. -

SEQUENCIA - 001 VLR COR.MON/JUR- 0,00

COD. REC/RECL. - 1 DT. PAGAMENTO - 00 / 00 / 0000

NOME RECEBEDOR -

CPF/CGC RECEB. - 0000000000000000 DT. ATUALIZ... - 27 / 01 / 2010

PROCURADOR/INT.-

CPF/CGC PRC/INT-

BOLETIM - 4792002010

DELEGACIA - DF UF DELEGACIA - CE

REGULACAO - 0 SUB-JUDICE ... - DT. RECEB.

DT. RECLAMACAO - 22 / 01 / 2010 CONF. PGTO - / /

=====

ENTER = CONTINUAR

PF03 = FIM

PF07 = VOLTA MENU



2010028999

Em 15 de janeiro de 2010.

Ofício Nº 001/2010
Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Analista de Seguros
DELPHOS Serviços Técnicos S/A
Rio de Janeiro – RJ

Sr(a) Dr(a) Analista



Através do presente, faço chegar às mãos de Vossa Senhoria, os documentos abaixo indicados, para fins de pagamento do seguro obrigatório DPVAT por minha invalidez, os quais vão abaixo regularmente indicados, a saber:

- 01 – Original da **Autorização de Pagamento**;
- 02 – Cópia autenticada do **Boletim de Ocorrência Policial**;
- 03 – Cópia autenticada do **Lauda de Exame e Sanidade** expedido pelo Núcleo de Perícias Forenses da Região Centro-Sul do Estado do Ceará;
- 04 – **Boletim de Atendimento Hospitalar**;
- 05 – **Atestado Médico** do IJF;
- 06 – **Receituário Médico** da Santa Casa de Misericórdia de Sobral;
- 07 – Cópia da **Cédula de Identidade e CPF**;
- 08 – **Declaração de Residência**.

28999

Obs.: Meu telefone para contato: (88) 3581-1280

Ao ensejo apresento-lhe votos de estima, consideração e apreço.

ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES
CPF 029.080.403-52



QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 21/01/09 Vítima ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES
CPF 029.080.403-52 Seguradora MAPFRE SEGUROS S/A

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES ☒ Vítima ☐ Representante Legal
Endereço para Correspondência RUA ANTONIO DOMINGUES
nº 61 Complemento Bairro VILA NOVA
Cidade CATARINA UF CE CEP 63.595-000 Telefone para contato 81-3581-1280

Preencha com ☒ para documentação entregue
Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial
☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
☒ CPF da vítima
☒ Comprovante de residência da vítima
☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 18 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal (IML), qualificando a extensão das lesões físicas ou psicológicas sofridas
☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
☐ Termo de Curatela no caso de alienação mental
☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
☐ CPF
☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
Se outros documentos forem solicitados o prazo de 30 dias - previsto para o pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____/____/____
Nome _____
Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☒ Documentação recebida sem conferência
Data 22/01/10
Nome J. L. L. L.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

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

EU, ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES, PORTADOR / A DO RG Nº 2001021031532 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 10/09/2001, CPF / CNPJ Nº 029.080.403-52, PROFISSÃO Agricultora E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES, AUTORIZO A SEGURADORA MAPFRE SEGUROS S/A A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 2093-1

Nº CONTA POUPANÇA 14.934-9

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CATARINA/CE, 12 de Janeiro 2010

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

Antonia Raquel Pereira Goncalves

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R\$ 13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$ 13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 200 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 12/01/2010 09:57:00
Data / Hora da Ocorrência : 24/02/2009 18:00:00
Endereço da Ocorrência: ROD CE 187
GUARACIABA DO NORTE /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES
Nascimento : 26/08/1987
RG: 2001021031532 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 02908040352
Filiação: ANTONIO IRAN PEREIRA MENDONÇA
MARIA DO ROSARIO GONCALVES
Endereço: R ANTONIO DOMINGUES 61
VILA NOVA 63573600
CATARINA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Notícia a declarante que na data e horário acima indicados seguiu como passageira em uma moto HONDA C100 BIZ de placa HVW 2993, CHASSI 9C2HA6700XR035935, registrada em nome de Maria APARECIDA M. BENEDITO, nas proximidades do Sítio Santa Teresa, Zona Rural do Município de Guaraciaba do Norte/CE, quando a citada moto foi abalroada pela retaguarda por uma camioneta D-20 de placa HUO 1189, chassi SAG244NATTA124117, registrada em nome de FRANCISCO ANTONIO RAMOS DA SILVA, a declarante sofreu em decorrência da colisão fratura do fêmur direito, fratura de bacia e retirado o baço, foi socorrida para a Santa Casa de Sobral em seguida para o IJF em Fortaleza/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *R. Raposo*

MATRÍCULA: 167979-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonia Raquel Pereira Goncalves*

VISTO DO DELEGADO(A):

Juarez
Juarez Rosário da Graça Júnior
Escrivão de Polícia
Mat. 28.161

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES Cédula de Identidade Nº 2001021031532, expedida por SSP/CE, CPF sob Nº 029.080.403-52, natural de CATARINA/CE, nascido (a) em 26/08/1987, profissão Agricultora, estado civil Solteira Filho (a) de Antonio Iran Pereira Mendonça e Maria do Rosario Gonçalves.

Declaro, nos termos da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1993, que vivo e resido à Rua Antonio Domingues, Nº 61, Vila Nova, Catarina/Ce - CEP: 63.595-000.

Assim, responsabilizo-me pelas sanções civis, administrativas e criminais, se posteriormente, for comprovada a falsidade da presente declaração (Lei 7.115/83 Art. 2º e 3º).

Catarina (CE), 12 de janeiro de 2010

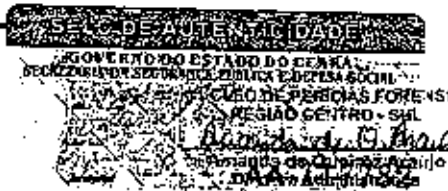
Antonia Raquel Pereira Gonçalves
Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
NÚCLEO DE PERÍCIAS FORENSES DA REGIÃO CENTRO-SUL

Registro 044/10 Digitado em 12/01/2010
 Livro 04 - Pág.260 Digitado pelo perito

Laudo para a Delegacia Regional de Iguatu - Ce.



LAUDO DE EXAME DE SANIDADE.

Aos doze dias de janeiro de 2010, por designação da Gerente Administrativa do Núcleo de Perícias Forenses da Região Centro Sul, Amanda de Queiroz Araújo, por solicitação da Guia 479-43/10 da Delegacia Regional de Iguatu-Ce, o Perito-Legista Oficial Dr. Antônio Valdeberto Magalhães Moreno, Cremec 3490, passou a proceder ao exame de corpo de delito de sanidade em lesões corporais na pessoa de **ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONÇALVES**, com 22 anos de idade, filha de Antonio Iran Pereira Mendonça e de Maria do Rosário Gonçalves, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir ou observar, respondendo, depois, aos seguintes quesitos formulados pela Lei: 1º.- Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?, 2º.- Resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função?, 3º.-Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente?. Em consequência, passou o Sr. Perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, estando as mesmas a seguir descritas: Exame realizado no Núcleo da PEFOCE - Região Centro Sul, às 15:15hs. do dia 12.01.10. **HISTÓRICO:** A pericianda afirma que por volta de 18:00hs. do dia 24.02.09, na CE-187, em Guaraciaba do Norte, foi vítima de acidente de trânsito quando a moto em que viajava colidiu contra uma D-20; apresentou cópia do seu prontuário da Santa Casa de Misericórdia de Sobral que de como diagnóstico fratura do quadril e do acetábulo esquerdo e do fêmur direito, e trauma abdominal fechado, sendo submetida a laparotomia exploradora com esplenectomia; apresentou, também, declaração de comparecimento do IJF que confirmou os diagnósticos de fraturas anteriormente citados; BO-479-200/10-CIOPS. **AO EXAME VERIFICAM-SE:** cicatrizes de acessos cirúrgicos no abdome, na coxa esquerda, na coxa direita e na crista ilíaca esquerda; atrofia do membro inferior direito; marcha claudicante. **RESPOSTAS AOS QUESITOS:** 1º.- Sim, 2º.- Sim, debilidade permanente da deambulação e 3º.- Sim, deformidade permanente (cicatrizes abdominal e nas coxas).X.X.X.X.X.X.X.X.

Dr. Antônio Valdeberto M. Moreno.
 Perito PEFOCE - Cremec nº. 3490

Dr. Antonio Valdeberto M. Moreno
 Perito Legista
 CREMEC 3490 - CFE: 081.472/652-16

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE BARREIRAS Rua da Bahia, 168 - Varzea Igatu - CE Tel: (85) 3581-7556 / 3523-4439	AUTENTICIDADE	
	A fotocópia é reprodução fiel da original	
	Em testemunho da verdade.	
	Distrito de Barreiras - Iguatu-CE	
CARLOS ANTONIO DA SILVA Oficial do Registro Civil - Responsável pelo Distrito		
ZULMIDE ALVES DE ARAÚJO - Escrivão Autorizada		
Válido somente contra a parte da autenticidade		





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Antonio Rafael Pereira Gonçalves

Paciente com Queda de Moto
por atolamento de carro no
dia de 24/02/2009, fazendo
o primeiro atendimento na emergência
com P/A: 70/50 FC: 120/min.
Com dor Abdominal e com
deformidade e fratura do Fêmur (D)
e Quadril (E), e encaminhado
ao Centro Cirúrgico para tratamento
cirúrgico com Osteossíntese.

04/08/09

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.343/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

Dr. Frank Arturo
Título: CBO e SOBRAL
CBO: 3613.1908

CRÉDITO: 3613.1908



NOTÁRIO PÚBLICO

que este tabelião em Sobral - Ceará
registrou este documento em 12/01/2010
conforme o Livro de Registro de Imóveis nº 10
de 24/04/2009 de 1940.

Iguatu 12 JAN. 2010 Ceará

Dr. William de Assis Assunção - Notário

Dr. Maria de A. Assunção Lima - Substituto

Maria Luiza Santiago Assunção - Escrivão

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SÃO PAULO

REGI

DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 2104/90 Dt. Atende: 24/02/2009 - 21:48
Reg.: 597019 Dt. Nasc: 26/08/1987
Nome: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONDALVES
End.: TRAVESSA VALDOMIRO GUNES
Belo Horizonte; GUARACIARA DO NORTE-CE; CEP: 6230000

ATENDIMENTO ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO ☐

PROCEDÊNCIA:

☒ PROCUROU PSF. SIM ☒

CAUSAS:

☐ ENCAMINHADO

☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA

☐ NÃO TINHA MÉDICO

☐ POSTO ESTAVA FECHADO

☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

☐ NÃO ☐ CAUSAS:

☐ NÃO É EFICIENTE

☐ É LONGE DE CASA

☐ NUNCA TEM MÉDICO

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL

☐ SAMU

☐ CARRO

☐ DE AMBULANDO

☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS

☐ MOTO, BICICLETA

(2) Santa Casa de M. de São Paulo
S.A.M.E.
CONFET. COM O ORIGINAL
M. C. Araujo
COORDENADOR

HDA DO ACOLHIMENTO:

PARTE VITIMA DE COLISÃO COM CARRO NA RUA E CAIU NO
DEBORA E VEMENDO POR NUNCA NUNCA NUNCA NUNCA NUNCA
E EM RUA

PA: 90 160mmHg PULSO: TEMP: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

☒ Acidente com objetos cortos-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Arouamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda de onde?
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos/farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto ☐ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

0485-0100-101/102

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HDA DO MÉDICO:

Passando com Guido de Mello por gelado de Camo

(M) (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MM) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NN) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO:

Ass. Médico CRM
MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☒ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNACÃO

☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☒ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☒ CIRÚRGICO
☐ ALTA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
☐ TRANSFERÊNCIA

CONFERE COM O ORIGINAL
Aparecida Araújo
COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

Date 24 / 02 / 04

Horas: 2358

24/02/09

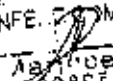
22:45L

- Volantes:

- Para Albo Relato?

- Frase de Fervor ⑤?


Dr. Frank Arturo
Título CBO a Sobraco
CBO a Sobraco

 Santa Casa de M. de Sobr.
SAME
CONF. P. M. O ORIGINAL

Artur de Araújo
ARACENADOR



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente, ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES, deu entrada nesta Unidade Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no dia 24/02/2009, para tratamento cirúrgico, com o diagnóstico CID: T04.1 (Traumatismo por esmagamento envolvendo torax com o abdome, parte inferior do dorso e da pelve.), sendo atendida pelo Dr. Francisco das Chagas Pereira. A paciente foi transferida para outro estabelecimento.

Sobral-CE, 13 de julho de 2009.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

f.p. [assinatura]
Francisco das Chagas Pereira
COORDENADOR DE ATENDIMENTO

CARTÓRIO ASSUNÇÃO 2º OFÍCIO

Certifico que esta fotocópia ou fotografia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, conferido(a), autenticado(a) nos termos do art. 2º do Decreto Lei nº 2.145 de 26 de abril de 1.940.

Iguatu 12 JAN. 2010 Ceará

- [assinatura]*
- ☐ Expedito William de Araújo Assunção - Notário
 - ☒ Fátima Maria de A. Assunção Lima - Substituta
 - ☐ Maria Luiza Santiago Assunção - Escrevente
- VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Frontuário: 233252 ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

Data Nascimento: 26/08/1987 Idade: 21 anos

Sexo: Feminino

Fil: ANTO. IRAN PEREIRA MENDONÇA

Nome: MARIO ROSARIO GONCALVES

Data Atendimento: 7/03/2009 Hora Atendimento: 14:58 BE: 3657576

Data Internacao: 7/03/2009 Hora Internacao: 16:27 Internacao: 0023

Data Saidas: 30/04/2009 Hora Saidas: 21:54

Paraguay: CRM 7390 EDUARDO QUEDES FERNANDES

ALTA - BELHURADO

Motivo: FRATURA ACETABULO ESQUERDO + FRATURA DE FEMUR DIREITO .
EM 07.03.2009 FOI REALIZADO APOSICAO TRACAO TANSEQUELETICA
FEMUR ESQUERDO .DR.YURY.
EM 11.03.2009 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
DE FEMUR DIREITO.DR.CASTRO.
EM 14.03.2009 FOI REALIZADO OSTEOSINTESE DE FRATURA DO ACE
TABULO ESQUERDO .DR.MARCOS GIRAQ.
EM 16.04.2009 FOI REALIZADO OSTEOSINTESE FRATURA DE BACIA
DR.MARCOS GIRAQ.
"DECLARACAO DIGITADA EM 16.06.2007.

Medico Responsavel pelas Informacoes
Contidas no Prontuario/BE

Ass. do Paciente ou Responsável:

✓



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 07/03/2009
HORÁRIO: 14:58

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NUHEPI/UFPA

Identificação do Paciente		Nº REGISTRO	
NOME DO PACIENTE		3657576	
ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES			
TIPO DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
OUTROS	0	26/08/1987	FEM
NOME DA MÃE		RAÇA / COR	
MA. DO ROSARIO GONCALVES		NAO INFO	
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO	
A MENSÁ		(08) -	
ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)		TELEFONE DE CONTATO	
R. PREFEITO NETUN SILANO 691 NAO INFORMADO - BAIRRO		TELEFONE DE CONTATO	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO IBGE	UF	CEP
GUARACIABA DO NORTE		CE	-

Ocorrência		OUTROS	
LOCAL	RESIDÊNCIA	INST. ENSINO	TRABALHO
ÁREA PÚBLICA (Especificar)			
AMBULANCIA/ORIGEM:	ACIDENTE / VEÍCULO:	PLACA:	HORA:
LOCAL ACIDENTE:	MUNIC.: OCORRÊNCIA	CÓD. IBGE	

Tipo do Atendimento		7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO		9 - SPA		11 - CEATOX	
1 - ADULTO	3 - TRAUMATOLÓGICO	5 - OFTALMOLÓGICO	8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO	10 - CTO			
2 - PEDIÁTRICO	4 - OTORRINO	6 - ODONTOLÓGICO					

Motivo do Atendimento	
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO

Atendimento Médico	
ANAMNESE	
<i>Ator de queda de moto com lesão na perna esquerda com fratura de quadril E + Dor e um postumo de boma D.</i>	
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
Fratura de Quadril E	
SADT SOLICITADOS	CID
() HC () SU () PCR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO - X	
CONDUTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE
07/03/09 às h	

Parecer Médico 1	
ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO
	/ / às h
EXAME CLÍNICO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
CONDUTA	CID
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
/ / AS h	SAMUEL

Parecer Médico 2

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	
EXAME CLÍNICO			
DIAGNÓSTICO		CÓDIGO	CID
CONDUTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Parecer Médico 3

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	
EXAME CLÍNICO			
DIAGNÓSTICO		CÓDIGO	CID
CONDUTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Prescrição Ambulatorial

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

Tipo de Alta/ Saída

☐ DECISÃO MÉDICA	☐ A PEDIDO	☐ EVASÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HO:
☐ TRANSFERÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO	☐ ÓBITO			

Internação

Nº DO PRONTUÁRIO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HC

Óbito

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	☐ SIM ☐ NÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA ÓBITO	HO:
OBSERVAÇÃO				
DESTINO DO CORPO: ☐ IML ☐ SVO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: _____)				

RESUMO DE ALTA

Nome: <u>ANTÔNIA MARIA PEREIRA GONÇALVES</u>		Reg/Prontuário: <u>132340/09</u>
Data Nascimento: <u>26/09/1966</u>	Profissão:	Procedência:
Estado Civil: <u>TRUAMATO</u>	Sexo: <u>F</u>	Naturalidade:
Clínica:	Enfermaria: <u>13</u>	Leito: <u>1323</u>
Data/Hora Admissão: <u>07/03/09</u> às		Data e Hora Alta: <u>29/04/09</u> às

1. Motivo de Alta: 1.1. Curado 1.2. <u>Melhorado</u> 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2. Motivo de Permanência: 2.1. <u>Por caract. próprias da doença</u> 2.2. Por intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossibilidade de convivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferência: 3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetrícia 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros
---	---	--

4. Óbito COM Necrópsia: 4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	5. Óbitos SEM Necrópsia: 5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN
---	--

6. Alta por Reoperação: 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.
--

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de trânsito, com traumatismo torácico e abdominal. Foi admitida em emergência com queimadura de 1º grau em 10% da superfície corporal. Foi realizada a debridamento e cobertura com enxerto de pele. Evoluiu com melhora da cicatrização e sem complicações. Foi dada alta médica em 29/04/09.

DIAGNOSTICO INICIAL: FURTO. FEMUR (D) + FURTO. FEMUR (E) (PACIENTE)

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados):

• 07/03/09: CURETOMIA DE FURTO DE FEMUR (D) E (E)
 • 11/03/09: CURETOMIA DE FURTO DE FEMUR (D) E (E)
 • 16/03/09: CURETOMIA DE FURTO DE FEMUR (D) E (E)



INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

TERAPÊUTICA CLÍNICA:

- ATB PROFÍLAXIA
- SUPLEMENTAÇÃO
- MANEJO

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E TERAPIAS DE APOIO (Quantidade, Período):

- Diárias de UTI: _____
- NP/NE: _____
- Hemoterapia: _____
- Albumina Humana: _____
- Angiografia Cerebral: _____
- Fisioterapia: _____
- Psicoterapia: _____
- Dissecção de Veia: _____
- Punção Pleural: _____
- Punção Lombar: _____
- Endoscopia: _____
- Outros: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Médico
CREMEC 0001

Fortaleza - Ce em 29/09/09

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



Fortaleza

EMITIDO EM: 07/03/2009
HORÁRIO: 14:58

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

NUREPI/UF 30/03/09

Nº REGISTRO
3657576

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

TIPO DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO

OUTROS

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RACIA / COR

Mãe DO ROSARIO GONCALVES

26/08/1987

FEM

NÃO INFO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MENSA

TELEFONE DE CONTATO

(08)

TELEFONE DE CONTATO

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)

R. PREFEITO NETON SILANO

691

NÃO INFORMADO - BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GUARACIABA DO NORTE

CÓDIGO IBGE

UF

CEP

DE

Ocorrência

LOCAL ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

☐ INST. ENSINO

☐ TRABALHO

☐ ÁREA PÚBLICA (Especificar)

ORIGEM:

ACIDENTE / VEÍCULO:

PLACA:

HORA:

CONDUTOR:

LOCAL ACIDENTE:

MUNIC. OCORRÊNCIA

CÓD. IBGE

Tipo do Atendimento

1 - ADULTO

2 - PEDIÁTRICO

3 - TRAUMATOLÓGICO

4 - OTORRINO

5 - OFTALMOLÓGICO

6 - ODONTOLÓGICO

7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATORIO

8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO

9 - SPA

10 - CTG

11 - CEATOX

Motivo do Atendimento

CID PRINCIPAL

CID SECUNDÁRIO

Atendimento Médico

ANAMNESE

Motivo de queda de altura com dor
na perna esquerda e no quadril E
+ Dor e um pequeno de bônus D.

DIAGNÓSTICO

Ex Fêmur D e Quadril E

CÓDIGO

CID

SADT SOLICITADOS

() HC () SU () PCR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO - X

CONDUTA

() OUTROS

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

07/03/09 às h

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

Parecer Médico 1

ESPECIALIDADE

DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO

EXAME CLÍNICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

CÓDIGO

CID

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

/ / às h

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Parecer Médico 2

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h.	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	
EXAME CLÍNICO			
DIAGNÓSTICO		CÓDIGO	CID
CONDUTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h.		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Parecer Médico 3

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h.	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	
EXAME CLÍNICO			
DIAGNÓSTICO		CÓDIGO	CID
CONDUTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h.		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Prescrição Ambulatorial

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

Tipo de Alta/ Saída

☐ DECISÃO MÉDICA	☐ A PEDIDO	☐ EVASÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA
☐ TRANSFERÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO	☐ ÓBITO		

Internação

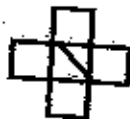
Nº DO PRONTUÁRIO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA

Óbito

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? ☐ SIM ☐ NÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA ÓBITO
OBSERVAÇÃO		
DESTINO DO CORPO: ☐ IML ☐ SVO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável)		



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARACIABA DO NORTE
Secretaria Municipal de Saúde



SUS

Sistema
único
de Saúde

Ficha de Referência

Preenchê esta ficha em 3 vias
Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário o orientan-
do-o para retornar com a 1ª via a
Unidade de Origem

Unidade de Origem: Hospital e Maternidade São José
Distrito Sanitário: 3º CRAS

Nome: Antônia Raquel Pereira Gonçalves Prontuário: _____
Sexo: () M (X) F Data de Nascimento 36/08/83 Ocupação: _____
End. Travessa Valdomiro Alves Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Presença de trauma fecho no membro superior direito
em arco do um na mão direita, tendo
Resultado de Exames: trauma na mão e terço médio polegar e
trauma na região do dorso
Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Poletraumatismo e trauma fecho no membro superior direito
Assinatura do Encaminhamento N° Registro Me Lino 24/02/09
Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: () Ambulatorial (X) Hospitalar (X) Atendimento Diagnóstico
Procedimento: Acidose láctica Profissional: Tramão TO
Unidade de Referência: Gratuito Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: Santa Casa
Município: _____ Prontuário: _____ Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: Laparotomia
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: Principal Abdominal
Secundário 1 trauma CID _____
Secundário 2 fratura CID _____
fratura CID _____

Proposta da Conduta para Segmento: transf. e tratamento
O problema justifica a referência? (X) Sim () Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? (X) Sim () Não
Francisco das Chagas Pereira

Santa Casa de M. de Sobral
SAVIE
CONFERE COM O ORIGINAL

ANTONIO AYALÁ
COORDENADOR



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

SOLICITAÇÃO DE VAGA NA UTI

CLÍNICA/SETOR: CENTRO CIRÚRGICO
ANTÔNIA RAQUEL PEREIRA

PACIENTE: ANTÔNIA RAQUEL PEREIRA

MATRÍCULA: 597019 REGISTRO: 2204717

SEXO: FEM DATA: 25/02/09

RESUMO DO CASO:

Paciente Polifragmentada, com EG grave,
com fratura de fêmur direito e acetábulo esquerdo,
submetida à L.E. por trauma abdominal fechado, com
choque hipovolêmico, com exploração explorativa, e he-
pática. Necessita de cuidados intensivos.

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFEITE COM O ORIGINAL
Adriane Araújo
COORDENADORA

Recebido
em 25/02/09
08:50 h.
J. R. R. R.

MÉDICO SOLICITANTE: Edson Jr Dr. Celso Sílvia André Perlella

CRM 134 674 907.02



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIA RAQUEL P. GONÇALVES

HDA: vítima de acidente a trânsito com
fraturas femurais (2) e fraturas patelares

EXAME FÍSICO: DOR 4 pontos no local

EXAMES REALIZADOS: Röntgen - 2

DIAGNÓSTICO: Politraumatismo e fratura acetabular

CONDUTA:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Falta de condições técnicas

HOSPITAL REFERENCIADO: IJF (Centro)

25/02/09

25/02/09

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONF. COM O ORIGINAL
Adriane Araújo
COORDENADORA

Francisco das Chagas P.
COORDENADOR

Matrice Araújo
COORDENADOR

13.2

DADOS DO PACIENTE

Matrícula... 597010
Paciente... ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES
Dt. Nascimento... 28/8/1987
Mãe... MARIA DO ROSARIO GONCALVES
Pai... ANTONIO IRAN PEREIRA MENDONÇA
E. Civil... SOLTEIRO
Endereço... TRAVESSA VALDOMIRO GOMES Nº...
Bairro... BELO HORIZONTE
Cidade... GUARACIABA DO NORTE
CPF...
Idade... 21a 8m 1d
Cor... PARDAS
CNS...
CEP... 62390-000
UF... CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...
Endereço...
Documento...
Fone...
Assinatura do Paciente ou Responsável

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 2104717
Data... 24/02/2009
Procedimento... 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Médico... FRANK ARTURO CASALLO DIAZ
Unidade Int... EMERGENCIA - ADULTA
Leito... LEITO 000-EXTRA
Convênio... SUS - SIK
Plano... 1
Carteira...
N. Guia...
Atendente... MILITAO
Hora... 23:58
Permanência... 0 Dias

Outras Observações:

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Marilice Araújo
COORDENADORA

PLANO TERAPEUTICO



Nome: Dn^o Raque P. Gonçalves Clínica: Enf.: Leito: Mat. 594019 Reg. 210419 Peso: Altura:

Data: 24/02/09 PRESCRIÇÃO MÉDICA 23:50h

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

- 1) Med. zero
- 2) Soro Ringer lactato 2.000ml OU Ringer
- 3) Soro Ringer lactato 3.000ml OU Ringer
- 4) Pantolone + E1 800mg 8/8h
- 5) Continuar Omeprazol 20mg de 8/8h
- 6) Continuar Omeprazol 20mg de 8/8h
- 7) Continuar Soro Ringer lactato

23:58 Admitida neste serviço de emergência paciente politraumatizada com trauma de abdome importante, encontra-se acordada, orientada, eupneica, hipotensiva, pele fria, com coloração cervical, em preparação para cirurgia. Enf^a Janara Martins

23:59 Transferida para bloco cirúrgico. Enf^a Janara

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P

USO O₂ e AR COM

	LIG.	DESL.
O ₂		
O ₂		
AR		
AR		

RESPIRADOR

LIG.	DESL.
LIG.	DESL.

Colmêdo	LIG.	DESL.
Monitor	LIG.	DESL.
Oxímetro	LIG.	DESL.

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO

ECG 12
Rajão X 8x
Cod. 281 - Gráfica CLEDE (10)

Dr. Frank Antônio
CRM 100.000-0
RUA CECILIA SOBRAL
SANTO AMARANTE

Santa Casa do Ambulatório de Sobral
SAME
CONFERIR ORIGINAL

Marcia Araújo
COORDENADOR



EVOLUÇÃO CLÍNICA



PROFISSIONAL:

NOME: Mrs. Raquel P. Gonçalves Nº PRONTUÁRIO: 897019

SETOR: F.A ENFERMARIA: 13 LEITO: 2

DATA	
025/04/09	Pneumologia: politraumatismo trauma c/ fratura do fêmur femoral à (D) e fratura dos acetábulo deu ser transferido 6/ Portale à admissão Francisco das Chagas Pereira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RPE 320.246-5 / CRM 0517
25/02/09 01:10 L.	# Pde politraumatizada c/ estado geral grave taquicárdica, sudorética, palidez cutânea muscos, temperatura, hipotensão (PA=40x22), apresentando dor abdominal intensa c/ pa- lmar de fêmur D e acetábulo E. Apresenta US abdominal que diagnosticava / mostrava laceração esplênica extensa e líquido livre em grandes quantidade em espaço subfrenico E e D. 4. cd. Indicado LE im caráter de urgência com Dr. Cader Sílton Andrade Portella 73550 - CRM 4771-CE PE 144.571.383-97
03:50	# Pós-operatório # Pde continua c/ estado geral muito grave mesmo após laparotomia exploradora ora encontramos aproximadamente 200ml de sangue em cavidade, exploração esplênica e laceração extensa de fígado em segmentos VI-VIII. No momento, discreta melhora hem dinâmica e aguardando novo em UTI. com Dr. Cader Sílton Andrade Portella

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
 COMITÊ DE CONTROLE DE QUALIDADE
 MARCO ANTONIO
 COORDENADOR

DATA

[illegible]

~~Transmittal Report~~

01-07-08	<i>Pinus</i> in BCL, section in a distal area. No. 1000 L. <i>Pinus</i> distal - <i>Pinus</i>
----------	--

Theresa Lusk, Prez Sargent
BRENDA JUNE

02/03/09 Faculty of Soc & Education
L. Campbell J. J. J.

03/03/09 Facial asymmetric
cracks - abdominal
A/G to L. cramps - perf
Dense set accompanied
pt. in anatomy

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Análise Patológica

24/02 a 04/03

Controle.....: 110909

Requisição.....: 783078

Matricula.....: 597019

Paciente.....: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

Idade: 21a 7m 7d

Convenio.....: SUS - SIH

Medico Solic.....: JOSE RENATO FERREIRA TORRANO JUNIOR

Data da Solicitacao: 05/03/2009 // Data da Entrega: 28/03/2009.

Laudos

Exames

EXAME DE PEÇA DE BACO

EXAME MACROSCÓPICO:

Baço pesando 115,97g e medindo 10,0 X 7,0 X 5,0cm. Aos cortes, superfície interna avinhada.

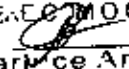
EXAME MICROSCÓPICO:

Secções de baço exibindo trecho de hemorragia e exsudato inflamatório misto parênquima.

DIAGNÓSTICO FINAL:

Hemorragia esplênica compatível com etiologia traumática.


Dra. LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES
CREMEC - 8162

 Santa Casa de M. de Sobral
SAMIE
CONFERE O ORIGINAL

Marice Araújo
COORDENADORA



ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEN.: 2104717 DT. ATEN.: 24/2/2009 - 23:58

PATRI.: 577019 NASCIMENTO.: 26/8/1987

NOME.: ANTONIA RAQUEL PEREIRA GONCALVES

PAE.: MARIA DO ROSARIO GONCALVES

CPF.: OS: SUFACIL:

ENDER.: TRAVESSA VALDOMIRO GOMES

CIDADE: BELO HORIZONTE - QUADRA DO NORTE - CEP: 62380000

Nº PRONTUÁRIO:

FORMAÇÃO: LEITO:

DE: SEXO:

UF:

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Politrauma fechado

politraumotismo

HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO - CONDUTA

Queda do Moto por atropelamento de carro.

ABO

CA: 70/50 - FC: 120gh

CA: 66ghms 15

CA: Abome dor palpaço.

Reformulando Quadmt. (1) e (15) e
Coxa direita.

Rx: Braço do Pênis (1) e Braço complexo
de Acetábulo e Symon esquelético e
osteopatia direita

U: Abome: Linhas (1) na cavidade

Santa Casa de M. de Sobral
CONF. COM O ORIGINAL
Maurice Araújo
COORD. 1995

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE A D^{CA} ANTONIA ROQUEL
PEREIRA GONÇALVES FICOU INTERNADA NO DIA
07/03/09 AO DIA 29/04/09 DEVIDO A TRAUMA DE
FÊMUR (D) + ANQUILOSE + ESPALMOPLEGIA
EM LAPAROTOMIA EXPANDIDA DEVIDO A ULCERA
DE TRANSITO. TRATAMENTO DE TUP NESTA INTERNA
ÇÃO.

Data: 29/04/09


Dr. Felipe Brasil
Médico
CRM-EC 15077

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O DIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

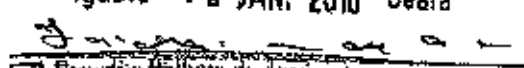
MA 000.023 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (148X210)



CARTÓRIO ASSUNÇÃO
2º OFÍCIO

Certifico que esta fotocópia ou fotografia é reprodução
fidel do original que me foi apresentado, conferido(a),
autenticado(a) nos termos do art. 2º do Decreto Lei
nº 2.148 de 28 de abril de 1.940.

Iguale 12 JAN. 2010 Ceará


☐ Raimundo Williams de Araújo Assunção - Notário
☐ Pedro Paulo de A. Assunção Lima - Substituto
☐ Maria Luiza Santiago Assunção - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE