



CLECIO SOUZA
ADVOGADOS

SEGURO DPVAT
PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS
INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

Vítima: Elcio Maria Meneses

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (autenticado)
- ☒ RG e CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência atual em nome da vítima, se não tiver no nome dele, assinar declaração de residência.
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização com cópia do cartão do banco.
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML ou Declaração de inexistência do IML na localidade do evento.
- ☒ Boletim do primeiro atendimento médico hospitalar
- ☒ Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica
- ☒ DUT e Declaração do Proprietário do Veículo
- ☐ Comprovante das despesas médico-hospitalares (receituários e notas fiscais)

REPRESENTANTE LEGAL - ADVOGADO

- ☒ Procuração original reconhecida a assinatura
- ☒ Documento de identificação
- ☒ Comprovante de residência
- ☒ Declaração de Procurador Circular - SUSEP

Data: 22 / 12 / 2017

Assinatura: Josine (83) 988998576

Matriz: Rua Otacilio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83 3512.8576 / 3043.2144
www.cleciosouzaadv.com.br / cleciosouzaadv@gmail.com

Filiais: Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Traição - Pocinhos - Piancó - Cajazeiras





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2017

Ocorrência nº. 0624/2017

Aos ONZE dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 11h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

CÍCERA MARIA DE MENEZES, conhecido por _____, Identidade nº 2.460.771-SSP/PB, CPF nº 065.631.734-54, nacionalidade brasileiro, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de Rosa Luiz De Menezes E Pai Não Declarado, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 14/12/1971 (45 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7ª Travessa Do Arame, nº 20, bairro: Areal - Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)99345-0665.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 06 de outubro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 08h:45min;
- 4) LOCAL: Próximo ao Instituto Moderno nº _____, bairro: _____ - Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? _____;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

uma motocicleta marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS, ano: 2012/2013, cor: VERMELHA, placa: NPT 8201/PB, chassi: 9C2JC4110DR404552 em nome de JOSÉ TIAGO DA SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a comunicante estava no local em referência de carona na motocicleta descrita, conduzida pela pessoa de THAÍS MARIA DE MENEZES, sua filha, quando esta perdeu o controle da motocicleta em questão e a mesma estava de capacete, QUE sua mãe a comunicante não estava com o mesmo item de segurança e na queda bateu com a cabeça na calçada, vindo assim a sofrer acidente de trânsito, QUE foi socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB, QUE segundo laudo deu entrada com quadro de otorrágia bilateral e epistaxe, traumatismo intracraniano e hematoma subdural agudo, QUE foi submetida a intervenção cirúrgica, QUE recebeu alta hospitalar no dia seguinte, 26/10/2016

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Cícera Maria de Menezes
CÍCERA MARIA DE MENEZES
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres.J.Pessoa. 47. Centro - Mamanguape - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).

Mamanguape/PB - 21/11/2017

Selo Digital:AGA31323-3NEL

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$2,31 Farpen R\$0,27 MP R\$0,04 Fepj R\$0,40





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.460.771	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO: 31/01/2012
NOME	CICERA MARIA DE MENEZES		
FILIAÇÃO	ROSA LUIZ DE MENEZES		
NATURALIDADE	MAMANGUAPE-PB	DATA DE NASCIMENTO	14/12/1971
DOC. ORIGEM	NASC. N. 22616 FLS. 12 LIV. A-29 CARTORIO MAMANGUAPE-PB		
CPF	065.631.734-54		
ASSINATURA DO DIRETOR			
116 DE 29/08/83			





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Elisara Maria de Menezes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2460771 EXPEDIDO POR SSDP/PB EM 31 / 01 / 12 E
 CPF 065631739-54 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO de lar
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elisara Maria de Menezes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0010 5561-7

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo 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 sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





conta poupança





PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU - 192



Mamanguape, 08 de Outubro de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Cicera Maria de Menezes, foi atendido pela Unidade de Suporte Básico - USB e Unidade de Suporte Avançado - USA, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Mamanguape, no dia 06 de Outubro de 2016, vítima de acidente de moto. A mesma foi conduzida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Atenciosamente,


Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU
Enfermeira-COREN 294134
Mamanguape

Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU 192 Mamanguape

BR 104 - Km 40 - S/N Sateite - Fone 98111-1844





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 952547 e PRONTUÁRIO nº 97942

PACIENTE: CICERA MARIA DE MENEZES

DATA DE NASCIMENTO: 14.12.71

Data e Hora do Atendimento: 06.10.16

Horário: 10:33h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de otorragia bilateral e epistaxe. Atendido pelo Dr. Vinicius Andrade CRM 4661, Dr. Rodrigo Marmo CRM 6975.

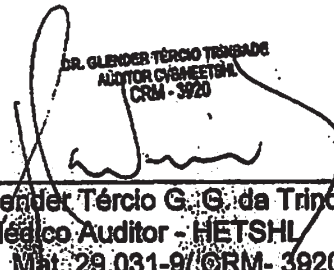
DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA
SUBDURAL AGUDO CID 10.S.06.9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento cirúrgico em 08.10.16 com hemicraniectomia descompressiva e drenagem de hematoma subdural agudo.

ALTA HOSPITALAR: 26.10.16

Data da Emissão: 06.03.17


Dr. Glendner Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Shuesb. Traouina 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Cléria Maria de Almeida 4 - Nº DO PRONTUÁRIO 952597

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO 19/12/1971 7 - SEXO ☐ Masc. ☒ Fem. 8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE Cléria Luiz de Almeida 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua do Príncipe nº 20 Bairro Jorcal

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Itauna 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO 37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

cura médica - terapêutica observacional -

(Surgitel) (1)

Maquiagem - Fresa e Boca Descartável nº 12 (1)

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - COD. ORGÃO EMISSOR 48 - DOCUMENTO 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 55 - CNES





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Reana Maria Menezes portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
06.10.16 horas, portador(a) da patologia CID-
10 S.06, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 26.10.16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NC).CC.003-1





Primeiro Atendimento Médico

1001.0078901 001: 952547
CICLO MARIA DE FERNANDES
DT REC: 14/12/1971
MRE 1001 LUIZ DE FERNANDES

EXO DO ARANHA
N. 22 - ARIAL
PARA-GUAPÉ
POME (1)
CELULAR: (03) 99910200
IDADE: 44
DT. ENTRADA: 09/10/2016 10:33:20

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de trânsito de queda de veículo
apresentando fratura bilateral
e pênica. Abundante hemorragia
Total 5 lúmens aparentes.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☐ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS

CERVICAL

IMOBILIZADA: ☐ SIM ☐ NÃO

VENTILAÇÃO

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ SIM ☐ NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE

☐ COM DIFICULDADE

VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ SIM ☐ NÃO
HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Plestórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RITMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotónicas ☐ Hipofónicas

☐ Hipofónicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BR OU B4

☐ SIM ☐ NÃO

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg r: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

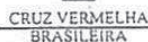
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

(FNG).CC.001-1

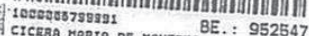
EXAME SECUNDÁRIO	
ALERGIA:	() Não () Sim:
MEDICAMENTOS:	() Não () Sim:
IMUNIZAÇÃO	() Não () Sim:
PATOLOGIA	() Não () Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim:
LOCAL DA LESÃO	
Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Têndinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36
OBS.:	
QUEIMADURA:	
Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau
EXAMES SOLICITADOS	
() Radiografias () Ultrassonografia (FAST) () Tomografia computadorizada	() Lavado peritoneal () Gasometria arterial () Tipagem sanguínea
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
1. Condutas e procedimentos	CÓDIGO
2. Afundamento	
3. Selarção p/VMT	
4. Fístula O2 FA	
5. Medicação camp.	
6. B.I.C. à 200/16	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	
Solicito parecer de	às do dia
Solicito parecer da	às do dia
DESTINO DO PACIENTE	
DATA	() Centro cirúrgico
DA	() Transferência (unidade de saúde)
SAÍDA	() Internado (setor)
HORAS:	() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
	() Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVO
ASSIN	ASSIN
ASSIN	ASSIN

F(NG).CC.001-1





10 NOV 86 06 21G 1240



DT. ENTRADA: 06/10/2016 10:33:30

BE/PRONTUÁRIO

TIME



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21.10.16		<i>Fonoaudiologia</i> Paciente acordada, Espiratória, ventilação espontânea, cooperativa, oral, Normotensa, Normocardia: 94/58. Condut: Exercício Físico Passivo nos OTO'S. <i>clamping da língua</i> <i>Estimulação da lgg oral e receptiva</i> Sugestão: Alimentação / SNE + fonoterapia. <i>93 299112</i>
24.10.16	alameda	<i>Fonoaudiologia</i> Paciente acordada, Espiratória, ventilação espontânea, cooperativa, dieta SNE, Normotensa, Normocardia. Condut: Exercício Físico Passivo nos OTO'S. <i>clamping da língua</i> <i>Estimulação da lgg oral e receptiva</i> <i>clamping na mm. orofacial.</i> Sugestão: Alimentação / SNE + v.o. orofacial e fono + fonoterapia. <i>93 299112</i>





ACOLHIMENTO, an -- CNEB: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 952547



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1090481	CICERA MARIA DE MANEZES	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
14/12/1971	44 anos 9 meses 22 dias	CASADO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
ROSA LUIZ DE MENEZES	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
NAO INFORMADO	NAO DECLARADO	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
83	A MESMA - O MESMO(A)	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
988102020		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2480771	
Local de procedência	Tipo	UF
MAMANGUAPE	MUNICIPIO	PB
Email	Naturalidade	CBOR
	MAMANGUAPE	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58280000	MAMANGUAPE	PB	DO ARAME
Número	Complemento		Bairro
20			AREIAL

Admissão

Data e Hora	Número da carteira	Convênio
06/10/2016 10:33:38	1000005799991	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
SAMU	SAMU		

Sinais Vitais

PA	mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raios X ()	Sangue ()	Urina ()	TC ()	Líquor ()	ECG ()	Ultrassonografia ()

Dados clínicos

Queda de moto (sic). GCS: 3-4-5

Diagnóstico

Atendimento por

RICARDO APO. MARIO FIGUEIREDO

Imprimir

TOMOGRAFIA

CRÂNIO

DATA: 06/10/16

TOMOGRAFIA

TC CRÂNIO E CERVICAL

DATA: 06/10/16

06/10/2016 10



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE		
C. Lere Maria de Menezes 952547		
DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/10/16	20:45	# URPA # Paciente no Pós-operatório imediato de drenagem de Hematoma Subdural agudo, encefalo grave, em EOT sob sedação leve (20ml/h), VME, hino e mênica estável, em DVA, Boa diurese. Aparelho, gradido de Brancaes para monitorar reventido com hidrocefalia. Bricanyl e NBZ em Roster e Shunt. CD: ① manter Neuroprotecção. ② Aguardar vaga em UTI.
08/10/16	08:30	# C.R.P.A. Amestriologia Paciente em 2º de craniotomia decompressiva. Encefalo grave em EOT, sob sedação (20ml/h) p/ MDZ (40mg) e fentanyl. VME, estável hemodinamicamente, DVA, SNG, SVD. # Parâmetros: PA: 108/62 mmHg; FC: 118 bpm; SpO2: 97% Diurese: 500ml. # Conduta: ① Continuar sedação ② Colar de osseos ③ Aguardar vaga em UTI e conduta de neuro.
09.10.2016	Nedra	Pós Operatório Hemisectomia Decompressão; P.P. 12 Tax Conduta TC Controle laboratório; Gase

Dr. João Batista Virgínio
Médico
CRM 16.840

Dr. Igor Lima de Oliveira
Médico Anestesiologista
CRM 27.124

Dr. Gustavo Santos Patro
Neurocirurgião
CRM 17.680



**Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena**



GOVERNO DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, em -- CNEB: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 952547

**Identificação do paciente**

ID 1090481		Nome CIGERA MARIA DE MANEZEZ		Sexo Feminino	
Data de nascimento 14/12/1971		Idade 44 anos 9 meses 22 dias		Estado civil CASADO(A)	
Mãe ROSA LUIZ DE MENEZEZ		Religião NAO INFORMADA		Prontuário	
Escolaridade NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		Pal NAO DECLARADO	
DDD Móvel 33		Fone Móvel 988102020		DDD Fixo Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 2460771		NP Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email		Naturalidade MAMANGUAPE		CBOR	
Endereço					
CEP 58280000		Município de residência MAMANGUAPE		UF PB	
Número 20		Complemento		Logradouro DO ARAME	
Admissão				Bairro AREIAL	
Data e Hora 08/10/2016 10:33:38		Número da pulseira 1000005799991		Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco		Origem de paciente RUA			
Caráter de atendimento URGENCIA		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não		Plano de saúde Não		Veio de ambulância Sim	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou SAMU		Trauma Não	
Sinais Vitais		TOMOGRAFIA			
Pa		mmHg		Fase	
X		temperatura		08/10/16	
Exames complementares		DATA: 22/10/16			
Razo X []		Sangue []		Urina []	
TC []		Liquor []		Coe []	
Dados clínicos		Ultrassonografia []			

Queda de moto (SC). GCS: 3-4-5

Diagnostico *ex* *ka*
Atendido por
JORDAN APOLEARIO FIGUEIREDO

Importation

Imprimatur

TOMOGRAPHIA

ORANIO

DATA: 9.10.16

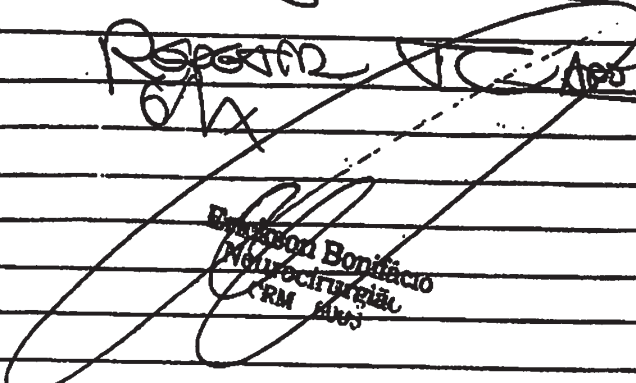
TOMOGRAFIA
IL CRANIO E CERVICALE
e FACCIA
DATA: 06/10/16 06/11

06/10/2016 10:~



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		NCR: 06/10/16 15h
		VIC GURU APAS O/ED
		DE MOTO
		COMITADO C/ GURU/
		COMITADO + EPIKOD
		SHOW C/ REBAIXADA
		DE NIVELAS CONSCIÊNCIA
		FO: INTERAÇÃO
		NO MOMENTO, RAMSON E
		RECONHEC
		VC (chamio 12h): CARTÃO
		DE MOTO FALANDO A DADA
		C/ DISCADO OLM
		CO: SODADO MORTON
		RESPOSTA VC APAS
		OLX
		
		Erickson Bonifácio
		Neurocirurgião
		CRM 4453

FNO/ENF018-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CLECIA MARIA DE MENEZES BE/Pron: 7
Idade: 44 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 126
Clínica/Setor: NE-URROLOGIA EMP: LR:
Cirurgia: Hemiorrafia Descompressiva
Cirurgião: RODRIGO MATEO 1º Assistente: MAURO OLIVEIRA
2º Assistente: 3º Assistente:
Instrumentador: JOSILE Anestesista: MILTON HILTON
Tipo de Anestesia: GA Horário: Início 09:30 Término 11:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID

Procedimentos Cirúrgicos	Código

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria (☒) Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 08 / 10 / 16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Acostado sobre o lado esquerdo

Devido ao diagnóstico de neoplasia maligna de origem desconhecida

Incisão:

Em T + Retirada do Polipóide

Uterovaginitis descompensada com + DCA -
G-1 de HSD + Hiperplasia

Achados:

Quelasma em C

Revestimento de hiperplasia

Conduta:

Síntese por plano

Curativo

Assinado eletronicamente por:
CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO
CRM 6075

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NQ).ASCIR.009-1





BE 952527

952527

Singing
Blowing

11:55

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA1()ASA2()ASA3()ASA4()ASA5()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LÍMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANIL		S. JESUS 500ml N°1	JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		S. Ringer	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº S.O	1
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BESTURI Nº11	1	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BESTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BESTURI Nº23	1	FIO POLYLACTINA Nº20	1
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	LÂMINA BESTURI Nº24	1	FIO POLYLACTINA Nº	
FLURANO		PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLYLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTisséPTICO	LÂMINA DE ENDERTO		FIO POLIPROPILENO Nº10	1
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,3	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº9		FIO POLIETILENO Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº10	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº13		FITA CARDÍACA	
NMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE FIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CRIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº23G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	1	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINOA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALOODÃO ORTOPÉDICO	SERINOA 3ML		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINOA 10ML	1	FIO STEDMAN Nº	
TIOFENTAL		ATADURA GESSADA	SERINOA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESSE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
DEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 3VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 3VIAS Nº14			
DIFIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFIOS CORTICAM	
EPIEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFIOS CORTICAM	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFIOS ESPONDIGO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	1	PARAFIOS ESPONDIGO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFIOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFIOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			GRAPHEADOR	
TEOXICAN	1	ESPARADRAPO	FIO ALOODÃO S/A Nº		LA BESTURI ELÉTRICO	
		GAZES	FIO ALOODÃO S/A Nº		LA CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALLOODADAS	FIO ALOODÃO C/A Nº		LA CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALOODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16			LA FOCO CENTRAL	
					() MICROSCOPIO	
					LA OCIDENTO DE PULSO	
					LA P.A. INVASIVAAO INVASIVA	
					LA PERFURADOR ELÉTRICO	
					() SERRA	
					SERULANTE	

() FERRA
SECULANTE
Jana Elias S. Glover
3/2/77





Laudo Médico/Resumo de Alta

HECTSIL

Nome: <i>Cicera Maria Menzer</i>			N de BE: <i>952547</i>	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <i>06.10.16</i>		Alta: <i>Dr NER 26.10.16</i>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				



100

Diagnóstico Definitivo:
MSDA

Diagnóstico Secundário:

Principais exames: Craniectomia Descompressiva FTP (10)

Cirurgia realizada - data e equipe:

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infeção: sim () não () **Coleta de material:** sim () não ()

Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado () Removido () À pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:
ECG. 14
Instalando GTP
Permanece pela CM
para AER

Dieta: Dieta conforme Orientações Pós Alta

Repouso:

Relativo em casa por, 90 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em, 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve, dias e com maior em, dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

Medicações para casa: Analgésico

Retorno:

Ao posto de saúde em 07 de 11 para retirada de ponto.

Ao ambulatório NER Htop em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 26 de 10 de 16

Ass. Médico CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

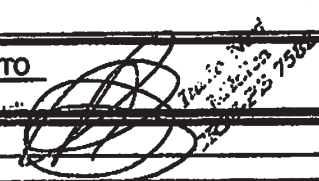
F(NG).APC.002-2



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				LAUDO MÉDICO / ALTA		RESUMO DE	
CICERA MARIA DE MENEZES				REGISTRO	952547		
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO		
44	F	B	CM	22	4		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		CID	
06/10/2016		31/10/2016		25			
HISTÓRICO DE DOENÇAS							
TCE							
HISDA							
ITU							
EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + TC DE CRÂNIO							
CIRURGIAS REALIZADAS - DATA E EQUIPE							
SUSCITAÇÃO A MELHORIA CLÍNICA							
SUPORTE CLÍNICO + SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA							
INFEÇÃO							
SIM NÃO SIM NÃO							
RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO							
CONDIÇÃO DE ALTA							
X MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO							
PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HISDA. EVOLUIU COM ITU APÓS STANDO MELHORA CLÍNICA APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUPORTE NO MOMENTO ESTÁVEL COM QUADRO CLÍNICO MANEJADO PORTANTO, SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIARES							
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA							
DIETA: CONFORME ACEITAÇÃO							
REPOUSO: _____ dias							
Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias							
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias							
CUIDADOS COM A ÚLCERA DE PRESSÃO : MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/21							
MEDICAÇÕES PARA CASA:							
RETORNO Ao posto de saúde PARA ACOMPANHAMENTO							
31/10/16				DATA			

Este documento é propriedade da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Deve ser mantido em arquivo pessoal e não deve ser utilizado para fins de cobrança de honorários médicos. Tratando-se de documento de caráter pessoal, não deve ser utilizado para fins de cobrança de honorários médicos.



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				LAUDO MÉDICO / ALTA		RESUMO DE	
NOME: CÍCERA MARIA DE MENEZES						REGISTRO: 952547	
IDADE: 44		SEXO: F		COA: B		CONCELA: CM	
DATA DE ADMISSÃO: 06/10/2016		DATA DE ALTA: 31/10/2016		TEMPO DE ESTADIA: 25		LEITO: 4	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: TCE							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: HSDA							
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: ITU							
EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + TC DE CRÂNIO							
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:							
TERAPIA MEDICAMENTOSA: SUPORTE CLÍNICO + SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA							
RESULTADO PATOLÓGICO:							
INFECÇÃO F.O.: ☒ SIM ☐ NÃO		COLITA DE MATERIAL: ☐ SIM ☒ NÃO		RESULTADO BACTERIOLÓGICO:		CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	
HISTÓRICO CLÍNICO: PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HSDA, EVOLUIU COM ITU APRESENTANDO MELHORIA CLÍNICA APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUPORTE. NO MOMENTO ESTÁVEL, COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO. PORTANTO, SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIARES.							
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA							
DIETA: CONFORME ACEITAÇÃO							
REPOUSO: Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.							
CUIDADOS COM A ÚLCERA DE PRESSÃO: MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H							
MEDICAÇÕES PARA CASA:							
RETORNO: Ao posto de saúde				PARA ACOMPANHAMENTO			
DATA: 31/10/16							

Este documento eletrônico é considerado válido para fins legais, desde que assinado eletronicamente pelo médico responsável pelo tratamento.





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Cícera Maria Moniz</u>		N de BE: <u>952547</u>	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.: <u>10.16</u>
Data de admissão: <u>06.10.16</u>		Alta: <u>07 NOV 26.10.16</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>TCE</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>MSA</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Craniotomia Descompressiva FTP (D)</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>ECG: 14</u> <u>Intubando 4cm</u> <u>Permanece pela CM</u> <u>para AEB</u>			
Dieta: <u>Dieta Conforme</u> Orientações Pós Alta <u>Reforço</u>			
Repouso: Relativo em casa por, <u>90</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. Medicações para casa: <u>Analgesia</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>07 NOV</u> para retirada de ponto. Ao ambulatório <u>NER Htop</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>26</u> de <u>10</u> de <u>16</u>			
Ass. Médico/CRM <u>[Assinatura]</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: CRISTIANE V. SILVA

CRM 7650 UF SP Nº 0000000000

Endereço: AV. JACQUES GUILLERME

Cidade: SAO PAULO UF SP

Telefone: 011 3000 0000

Paciente: ULIANA RO. MATEUS

Endereço: 7ª Travessa, Rua do Acaçá, 141, Vila Mariana

Prescrição: NOOTRIFITINA 200mg

Carimbo do Médico

Data: 24/04/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

RG: _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: 24/04/17



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: CRISTIANE V. SILVA

CRM 7650 UF SP Nº 0000000000

Endereço: AV. JACQUES GUILLERME

Cidade: SAO PAULO UF SP

Telefone: 011 3000 0000

Paciente: ULIANA RO. MATEUS

Endereço: 7ª Travessa, Rua do Acaçá, 141, Vila Mariana

Prescrição: NOOTRIFITINA 200mg

Carimbo do Médico

Data: 24/04/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

RG: _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: 24/04/17





CRUZ VERMELHA
PARAIBA

Receituário Médico



HELETHIL

lece no 110 110200

1078000 50

110200 110200

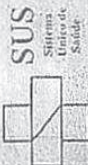
31/10/16

Dr. Clecio Souza do Espírito Santo

Data: 11/11/16

Médico - CRM

FNGO.CC.002-I



SUS
Sistema
Único de
Saúde

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: PSF ALTO DO CEMITÉRIO
CNPJ: 08.674.396/0001-64 UF: PB
Endereço: Rua Irineu Dias, s/n - Alto do Cemitério
Cidade: Mamanguape UF: PB
TEL.: (83) _____

Assinatura e carimbo do Médico

Data: 17/11/16

PACIENTE: Gravida Juvenal de Jesus
ENDEREÇO: Rua do prame

PRESCRIÇÃO: 100 mg

100 mg
100 mg

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident./CPF: _____
Org. Exp.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Fornecedor/Farmacêutico
Data: 11/11/16



 **RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**  **HEXESIL**

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM 1167 UF PE Nº _____

Endereço: Rua 22 Fátima

Cidade: Recife UF: PE

Telefone: _____

Dr. Nêcio Rodrigues Santos
CRM - 17817 PE

Carimbo do Médico

Paciente: Clecia Maria Lima

Endereço: Av. Ananias, 20 - Macauba

Prescrição: Hydrocort 100

100 20 5 18 17


Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: 31/10/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

RG: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Carimbo do Médico

Data: _____

F(NG).CC. 004-I

 **Receituário Médico**  **HEXESIL**

Clecia Maria Lima

24

Soluto

Furofenac 1750

Data: 26/10/16


Médico - CRM

F(NG).CC.002-I



Receituário Médico

HEINER

16X 1/1 Ceftriaxona 1g - 100mg

100mg

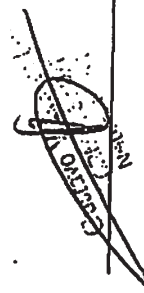
01- Ceftriaxona 750mg/100ml - 100mg

Tomar 100mg 8/14 5x 100ml

02- Oxetolona 100mg 01cx

Tomar 100mg 8/14 5x 100ml

Data: 19/09/17


Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

Receituário Médico

HEINER

Ceftriaxona 100mg

100mg

Tomar 100mg 8/14 5x 100mg

Tomar 100mg 8/14 5x 100mg

Tomar 100mg 8/14 5x 100mg

Tomar 100mg 8/14 5x 100mg

Data: 18/09/17


Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
Sistema
Único de
Saúde

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: PSF AREIAL

CNPJ: 08.674.396/0001-64

UF: PB

Endereço: Rua Leonel Tomaz Barbosa, s/n - Areial

Cidade: Mamanguape

UF: PB

Tel.: (83)

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação do Paciente

Francisco Assis Freitas
Cirurgião Geral e CTI
Assinatura Nº 005303
CNS 201800015710001

Data: 02/12/16

PACIENTE: Glicia Maria de Mendonça

ENDEREÇO: R. DO ESTABELECIMENTO, S/Nº

PRESCRIÇÃO: Hidantal 100mg - 4cp
Tomar 1 cp 8/8h

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident./CPF:

Org. Exp.:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Fornecedor/Farmacêutico

Data: / /





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX
SECRETARIA DA SAÚDE

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

08.924.581/0004-02

Prefeitura Municipal de Bayeux
Secretaria Municipal de Saúde
UPA - BAYEUX

CÓDIGO DA UNIDADE: 7927908

Paciente: Patricia Yam de
 Endereço: R. da Grande
 Prescrição: 11/2

Prescrição: 2600 Orel
Orelha esquerda 100mg
10 dias 1x/dia de 8/8

Dr. Igor N. Cavalcanti Paulo
Clínica Médica
CRM 10990

Assinatura do Médico

Data: 25/03/17

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pício Maria Mendes, portador da carteira de identidade nº 2460771 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065631734-54, residente e domiciliado na Travessa Benedito Joel Cordeiro, 20, Areal, Cidade Montenapóles, Estado Pernambuco, 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.

João Pisco, 22 de dezembro de 2012

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

re:em Maria de Mendes
Local e data 2



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Tiago da Silva,
RG nº 3006464, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 0735722458, com
domicílio na cidade de Momonga, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Zéleu, 898, Santa Luzia, nº 898,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elis Maria de Menezes cujo o condutor era

Veículo: Honda/CG 125/FAN KS
Modelo: 2013
Ano: 2012
Placa: NPT 8201PB
Chassi: 00506678261
Data do Acidente: 06 de outubro de 2016
Local e Data: 22 de dezembro de 2017

José Tiago da Silva
Assinatura do Declarante

Elis Maria de Menezes

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENFÍCA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME JOSÉ TIAGO DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva
Maria Melo da Silva

Cuité de Mamanguape - PB 23-04

NATURALIDADE

Cert. Nasc. 4.888.114.235.11v. A

Cert. Cuité de Mamanguape - PB

CPF

JOÃO PESSOA - PB DIR. CFP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Nº 012297403315

VIN 00506678261-00700000000-2016

NOME JOSÉ TIAGO DA SILVA

07357221458

NOVA ANTI/UF PB 9C2UC4110DR404552

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

HONDA/CG 125 FAN KS

2016-2017

2AP0124/CI PARCELAMENTO VERMELHA

IPVA PAGOCSEM 26/01/2016

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO ANUAL (R\$) SEGURO PREMIO ANUAL (R\$) 26/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CUITE

143

29/01/2016

884

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E PROPRIEDADES OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 012297403315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSÉ TIAGO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 29/01/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

JOSÉ TIAGO DA SILVA

CPF / CNPJ

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO 2016 29/01/2016

00506678261 HONDA/CG 125 FAN KS

PREMIO TARIFARIO

2012 (R\$) 9

9C2UC4110DR404552

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$) SEGURO

TODA A SER PAGO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

DOTA UNICA PARCELADO

SEGURO

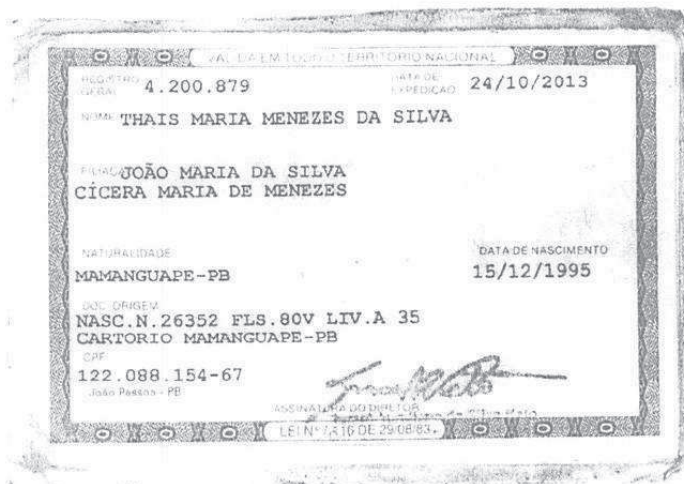
SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.000/0001-04

884-11034834-201600129









CLECIO SOUZA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: Cícera Maria de Menezes, Nacionalidade: Brasileira,
Estado Civil: Solteira, Profissão: do lar, CPF nº: 065.631.734-54,
RG nº: 2.460.771.5505/PB, Endereço: Travessa Benedito Joel Condição, 20,
Bairro: Areial, Cidade: Mamanguape, Estado: PB, CEP: 56280-000.

OUTORGADOS: CLÉCIO SOUZA DO ESPÍRITO SANTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.463, OAB/RN nº 905- A e OAB/PE nº 43563, e VITOR CAVALCANTE DE SOUZA VALERIO, brasileiro, casado, advogado - OAB/PB nº 15.027 e OAB/RN 901- A, SÓCIOS do Escritório CAVALCANTE & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, Sociedades de Advogados, inscrito no CNPJ sob n.º 14.719.128/0001-14, e também na qualidade de associados à Dra. MARIA DO SOCORRO H. LEITE - OAB/PB n.º 11.708, CLAYTON SOUZA DO ESPIRITO SANTO, OAB/PB 23.665, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacílio de Albuquerque, nº 22, Torre, João Pessoa/PB. Telefones: (83) 3512-8576/98899-8576.

Os Outorgados obrigam-se a prestar aos Outorgantes os serviços de advocacia na presente ação.

O Outorgante obriga-se a pagar aos Outorgados, a título de honorários pelos serviços ora contratados, o percentual de 30% (Trinta por cento) do valor recebido ou do valor da causa, conforme o caso, em qualquer fase do processo (acordo, execução, etc.) e em qualquer instância, face aos poderes que a seguir, através deste **INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULAR**, lhe outorga. Fica acertado também que o outorgante **AUTORIZA**, sob as penas da lei, a dedução dos honorários advocatícios contratuais diretamente nos valores estabelecidos em Alvará, RPV e/ou Precatório.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de mandato, para defender os seus interesses e direitos, propondo ação competente em que este seja autor ou reclamante e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, o(s) outorgante(s) supra nominado constitui(em) e nomeia(m) os outorgados, como seus procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para representá-lo (a) no Foro em geral e ilimitado, em qualquer instância judicial e ou nos atos extras judiciais, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", bem como para representá-lo(s) em repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, inclusive e especialmente perante o Instituto Nacional do Seguro Social, para assinar requerimentos, guias e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas, apresentar razões e contrarrazões, interpor e acompanhar recursos e procedimentos em qualquer instância, sendo, ainda, expressamente autorizado a receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo nos termos do Art. 105 do CPC e, ainda, receber alvará judicial, RPV e precatórios junto à Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, deduzindo e compensando as despesas de verbas honorárias contratuais e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas e ou depósitos judiciais, agindo em conjunto ou separadamente, com autorização ainda para subestabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier e para renunciar os valores que excederem o teto do Juizado Especial Federal ou Estadual no afã de utilização de seu rito célere, praticando assim todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho desta outorga, sendo que dará a tudo o que fizer o(s) referido(s) procurador(es), por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO: Desejando obter os benefícios da gratuidade da justiça, o (a) outorgante(s), **DECLARA(M)** que não possui(em) recursos suficientes para custear qualquer demanda sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e do artigo 98 do CPC, declarando, ainda, ser(em) conhecedor(es) das sanções administrativas, civis e penais advindas de inverdades da presente declaração.

2º Cartório
Mamanguape, PB

Mamanguape, 01 de Novembro de 17.
Cícera Maria de Menezes
OUTORGANTE

Matriz: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83 3512.8576 / 3043.2144
www.cleciosouzaadv.com.br / cleciosouzaadv@gmail.com

Filiais Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Traição - Pócinhas - Planó - Cajazeiras



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB



Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
CICERA MARIA DE MENEZES

Dou fé, Mamanguape/PB - 22/11/2017

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AGB56685-2RQN

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,24 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPI R\$ 1,84

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado

