
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321967

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Data do Acidente: 17/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321967

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Data do Acidente: 17/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321967

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Data do Acidente: 17/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002301-9**

Conta: **0000015413-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 86259091168 Nome completo da vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Clície Gabriel de Mendonça Henriques CPF: 862590911-68
Profissão: freteiro de caminhão Endereço: Rua Louisa do Amaral Número: 07 Complemento: casa
Bairro: Centro Cidade: Picuí Estado: PE CEP: 58187-000
E-mail: cliciehenriques@outlook.com Tel. (DDD): 83-988501970

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2301 9 CONTA: 15413 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Dedero, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros ☐ Não se aplica
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se o vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não cobrada
Local e Data: Picuí, 16 de Abril de 2019
Nome: Clície Gabriel de Mendonça Henriques
CPF: 862590911-68

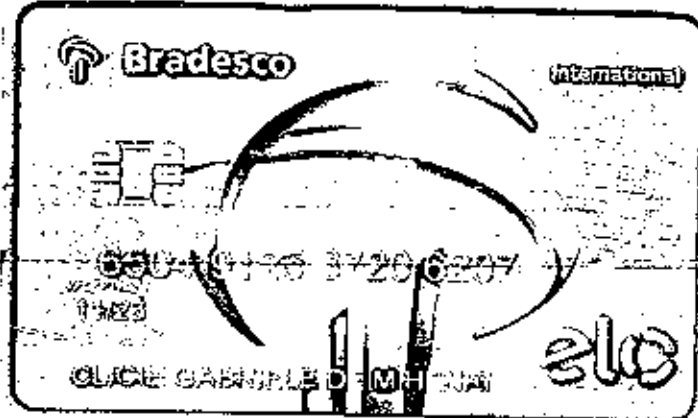
TESTEMUNHAS
1ª Nome: Nei Maria de Macedo
CPF: 374.512.514-20
Assinatura: Nei Maria de Macedo
2ª Nome: Nei Maria de Macedo
CPF: 1044516784-04
Assinatura: Nei Maria de Macedo

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Clície Gabriel de Mendonça Henriques
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº. 065/2016

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: LESÃO CORPORAL RESULTANTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local da ocorrência: **RODOVIA BR 104, Km 66, cidade de Algodão de Jandaíra -PB**

VÍTIMA: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES, brasileira, natural de Campina Grande-PB, nascida aos 20/03/1980, RG nº. 2386789 SSPPB, CPF nº. 862.590.911-68, CNH registro nº. 04161004773, filha de MARIA NAILZA MEDEIROS HENRIQUES e de FLEURISIO MENDONÇA, residente a Rua Ferreira de Macedo, 60, centro, Picuí-PB.

OCORRÊNCIA: a vítima sofreu acidente de trânsito no dia 17/06/2016, por volta das 19h00min, enquanto trafegava na Rodovia BR 104, sentido cidade de Remígio-cidade de Picuí, conduzindo o veículo automotor, GM/ CLASSIC LS, ano/modelo 2011/2011, cor CINZA, placa NQA1003-PB, chassi nº. 9BGSU19F0BC212757, renavam nº. 00306087677, de propriedade de MARIA NAILZA MEDEIROS HENRIQUES, CPF nº. 374.512.514-20, conforme documentação da Polícia Rodoviária Federal, BAT nº. 83480060 - C2023583, **QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO AUTOMOTOR**, saindo da pista de rolagem e capotando; QUE, afirma que devido aos ferimentos sofridos foi socorrido pelo serviço do SAMU, conforme declaração do referido órgão, sendo socorrida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado na cidade de Campina Grande-PB, conforme documentação apresentada do referido hospital, onde fora submetida a procedimentos médico/cirúrgicos.

Testemunha: CLÓVIS NAZÁRIO DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, funcionário público do estado da Paraíba, policial civil, Agente de Investigação, Matrícula 156.864-7, residente na Secretaria de Segurança e da Defesa Social, sediada na cidade de João Pessoa-PB;

Testemunha: ALDEMIR ALVES DE MACEDO, brasileiro, natural de Campina Grande-PB, nascido aos 20/03/1980, RG nº. 2386789 SDS/PB, CPF nº. 862.590.911-68, residente na Rua Garcia do Amaral, nº. 07, centro, Picuí-PB

Picuí-PB, em 9 de agosto de 2016.

RECEBIDO

03 MAI 2016

Seguradora Lider DPVAT

Vítima: Clície Gabriele de Mendonça Henriques

Policial Registrador:

ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA
Delegado de Polícia Civil
Matrícula 159.473-7

PICUÍ, CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Pessoa JOAO PESSOA, 26, CENTRO, Picuí - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido, sob pena de multa de R\$ 425,00 do CPC.

Picuí/PB - 10/04/2019

Selo Digital AGS49013-2MLO

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

Emol R\$2,47 Farpen R\$0,29 MP R\$0,04 Fej R\$0,50

Boletim de ocorrência





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

OCORRÊNCIA: 83480060
Comunicação: C2023583
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1199743 - ALDO AGRA ALEXANDRE Data/Hora do Acidente (hora local): 17/06/2016 19:00 BR: 104 KM: 66,0
Município/UF: ALGODÃO DE JANDAÍRA/PE Tipo de Acidente: Capotamento Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1,8
Possui defesa? Possui mato-flo? Conservada(o) Possui sarjeta? Conservada
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampa < 3% Traçado: Curva Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,8 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



CROQUI

Local Preservado

PR-104
1.00
18066,0

← MCU: ESPERANÇA →

LEGENDA:

Automóvel	Tron
Veículo Trator	Conjugado
Pedestre	Objeto Fixo
Ponto B	Ponto A'
Ponto P	Ponto A
Ponto C	Antes da Colisão
Ônibus	Marca de Freagem
Animal	Veículo Ausente
Capotagem	Reboque/Semi-reboque
Caminhão	Triângulo de Amarração
Tombo	Veículo de 2 ou 3 rodas
Incêndio	Marche à frente
Local de colisão	Patinação ou Derrapagem
Marche à ré	Depois da Colisão
Pista de Tráfego	

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

APOS LEVANTAMENTOS E VESTIGIOS NO LOCAL DO ACIDENTE, CONCLUI QUE O CONDUTOR DO V1 AO REALIZAR A CURVA, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO SAIU DA PISTA E CAPOTOU EM SEGUIDA.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



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

OCORRÊNCIA: 83480060
Comunicação: C2023583
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NOA-1003 Sequencial: V1 Descrição: CLASSIC LS Chassi: 98GSU19F0BC212757 Renavam: 00306087677
Marca/Modelo: Cor: CINZA Ano: 2011 Tipo: Automóvel Empacamento: JOAO PESSOA/PB
Occupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARIA NAILZA MEDEIROS HENRIQUES CPF/CNPJ: 374.512.514-20
Endereço: R DEPUTADO PLINIO SALGADO 232 00232 CEP: 56.056-290
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu Fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/NOA-1003 CLASSIC LS
Nome/Apelido: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES
Data de Nascimento: 20/03/1980 Sexo: Feminino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: RUA GEOVANI MARINHO DE MELO 210 CEP: 56.056-350
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: COMERCIANTE VAREJISTA
CPF: 862.590.811-68 Documento de Identificação: 2386789 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 04161004773/PB Primeira Habilitação: 09/06/2007
Validade CNH: 15/05/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



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

Veículo: V1	Placa: NQA-1003
Nome do Agente/Assinatura: ALDO AGRA ALEXANDRE	Nº BOAT: 83480060
Registro/Matrícula do Agente: 1199743	Data: 17/06/2016 19:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sím	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sím	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":			8		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0		
Total de pontos "SIM" + "NA":									8		

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

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

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



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

OCORRÊNCIA:	83480060
Comunicação:	C2023583
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



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

Veículo: V1	Placa: NOA-1003
Nome do Agente/Assinatura: ALDO AGRA ALEXANDRE	Nº BOAT: 83480060
Registro/Matrícula do Agente: 1199743	Data: 17/06/2016 19:00



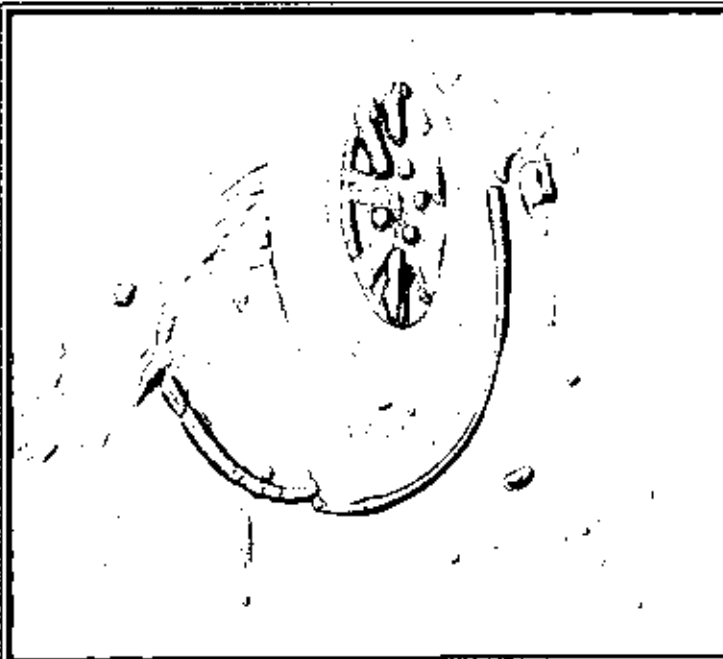
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

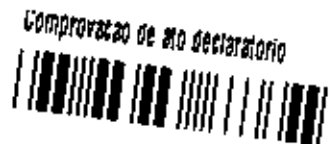
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 13/07/2016 11:53:43
NÚMERO DE CONTROLE: 9ba4f3b55c8d6388



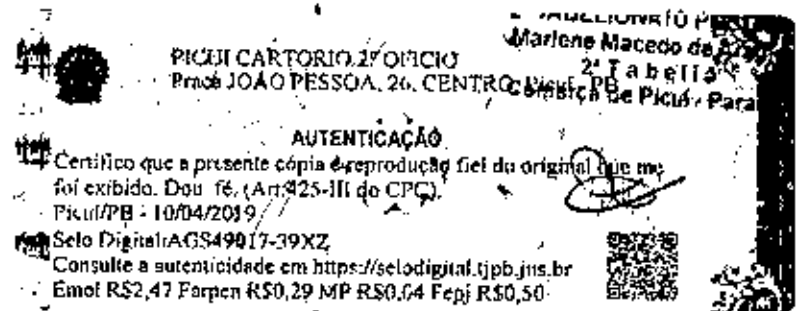
SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
SAMU 192
BARRA DE SANTA ROSA – PB.

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que **CLICIE GABRIELE DE MEDONÇA HENRIQUES**, 36 anos registro de CPF: 862.590.911-68 RG: 2386789 SSP/PB vítima de capotamento na BR 104 entre as cidades de Remígio e Barra de Santa Rosa - PB, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência–SAMU Barra de Santa Rosa–Unidade de Saúde Básica–USB 52, no dia 17/06/2016, às 19 horas e 32 minutos, ocorrência de nº1302473, onde a mesma foi encaminhada ao Hospital de Trauma - CG, ficando aos cuidados da equipe de plantão.

Barra de Santa Rosa, 05/07/2016



Candica Lins Silva
Candica Lins Silva
Enfermeira
COREN-PB 275.965

Candica Lins Silva
Coordenadora do SAMU

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



REGISTRO DE INSCRIÇÃO DE IMPL



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02301-9

CONTA: 000000015413-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1006201905000000000023702301000000015413168750 PAGO

Energisa
 with confidence and passion

© 2007 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 262: 535–545

EMPRESA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 228, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58671-002
CNPJ 03.255.183/1000-48 Fone/Fax 31.215.2233

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/97633-2

TOTAL A PAGAR

R\$ 32,09

Acesse: www.energisa.com.br



2015年10月1日

MARIA NAILZA MEDEIROS HENRIQUES

Telefone: 02-080-507-2330

[illegible]

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
11/04/2018	R\$ 32,00	97533-2018- 04-2

Comprovante de residencia



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 012 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Nailza Medeiros Henriques

RG nº 642467

data de expedição 25/01/2017

Órgão SSP-PB

portador do CPF nº 374512514-20

com domicílio na cidade de Picuí

no Estado de

Paraná

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Jarcia do Amaral, Bairro Centro nº 07

complemento Casa

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Elcicle Faleiros de Mendonça Henriques

cujo o condutor era

Elcicle Faleiros de Mendonça Henriques

Veículo: CORSA

Modelo: CLASSIC 2.5

Ano: 2011

Placa: NQA 1003

Chassi: 9B6SV19F0BC212757

Data do Acidente: 17/06/16

Local e Data: Picuí, 16 de Abril de 2013

Maria Nailza Medeiros Henriques

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00923671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE
PRONTUÁRIO Nº: 1308803

Nome: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA Sexo: Idade: FEMININO 36.3

Profissão: EMPRESARIA Documento: 2.386.789

Endereço: ANTONIO CAMPO, 656 Bairro: ALTOS BRANCO

Município: CAMPINA GRANDE Estado: CEP: 57040-000

Data Atendimento: 17/05/2016 Código do Município: 250400

DTA NASCIMENTO: 20/03/1980 QUEIXAS: AC DE CARRO

RAÇA/COR

- () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - Parda
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vítima de capotamento, trazida pelo SPM em prancha rígida com colar cervical. Vias aéreas permeáveis, MVA em MIT, pulsos cheios e simétricos, TCC=2+, ECG=15, pupilas isocóricas. Pressão normal em MSE e escoreação em face. Amniótica por trauma e

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

ULTRASSONOGRAFIA

TIPO: manual.

RESULTADOS

Realizada em

10/06/16

Dr. Silvana Alves Aguiar da S. Costa
MÉDICA
CRM-PB 9211

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- SRH - 1000 ml, EV, agora
- Naloxona 1mg + AD, EV, agora
- Dipirona 1g + AD, EV, agora
- Ferramental 10ml + SR OK REALIZADO. 01/06

DIAGNÓSTICO/CID: Politrauma

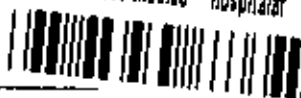
NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

Documentação médico - hospitalar



TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA,
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

Sr(a):	CLECIA GABRIELLE DE MENDONCA	Protocolo:	0000282714	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMARO JORGE PINTO NETO	Data:	18-06-2016 15:08	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	36 anos	Destino:	ENF 07 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 18/06/2016 15:21]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

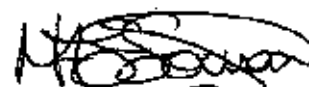
8'00'' min

[DATA DA COLETA: 18/06/2016 15:21]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos



**Márcia Fernanda
Biomédica
CRM 4684**

Sr(a):	CLECIA GABRIELLE DE MENDONÇA	Protocolo:	0000232714	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMARO JORGE PINTO NETO	Data:	18-06-2016 15:08	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	36 anos	Destino:	ENF 07 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/06/2016 15:19]

SÉRIE VERMELHA

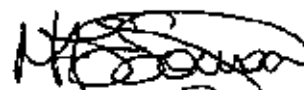
	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos	4.04 milhões/mm ³	3.9 à 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,2 g/dL	12,0 à 15,0 g/dL
Hematócrito	40 %	35,6 à 48,4 %
V.C.M.	98 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	11.400 /mm³	5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)
Leucócitos		
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	2,0	228
Segmentados	71,0	8.094
Eosinófilos	0	0
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	23,0	2.622
Atípicos	0	0
Monócitos	4,0	456
CONTAGEM DE PLAQUETAS	281.000 mm³	140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.



Márcia Fernanda
Biomédica
CREM 4684

DIAGNÓSTICO
Lx de antebraço +
costela 6

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Elaine Gabrielly de Mendonça	Alojamento:	07	Leito	03	Convênio	
----------	------------------------------	-------------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/06	1. Dieta		# Ortopedia
	2. SRL 1500ml EV/24h		- 6º DIH
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		- 2º DPO
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/Jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		Paciente com EGB, referindo dor
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		em braço esquerda.
	8. Clexane 40mg SC/dia [SUSPENSO]		
	9. SSVV + CCGG		
D-3	10. Bupivacaína 1g EV 12/12h		Alta Hospitalar
	11. Gentamicina 250mg EV 1x/dia		Após R6
	12. Rocar curativo		
	13. ??		

Dr. Guilherme Costa
Ortopedia e Traumatologia
Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
2011-5522

Dr. Guilherme Costa
Ortopedia e Traumatologia
Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
2011-5522

DIAGNÓSTICO

$$F_x \text{ contrato} + \text{custo} = E$$
FOHIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Cláudia Gabrielly de Mendonça	7	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/06	1. Dieta		# Ortopedia
	2. SRL 1500ml EV/24h	14/22 96	5º DH
	3. Diprofona 02ML + AD EV 05/06h	12/18 24 06	1º DPO
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12/24 06	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN 14	Paciente refere dor latigante de forte intensidade, mesmo com o tramal. Não consegue dormir em nenhuma posição por causa da dor.
	7. Nausebron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	
	8. Claxane 40mg SC/dia (suspensão)	4	A mão está bastante inchada (não sabe dizer se é a talar apertada)
	9. SSVV + CCGG		
02	10. Eufriaxona 1g EV 12/12h	18 96	
	11. Gentam 240mg EV 1x/dia	14	
	12. Tolucozol 10g VO - 8/8h	14 12 18	CD: NUTD. Em volta
	13. Tirar duma da calça		
	14. Trocar curativo		

Paciente: Claudia Enfermeira: 4.3# Leito: 1 Data: 1 / 1 / 1

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (x)				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor (x)		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos (x)	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

Dr. Roberto Costa
 Diretor de Clínica
 CRM 5523

Diagnóstico: *Infarto*
 Tratamento: *1g EV 12/12h*
 1g EV 12/12h

1. Dieta
2. SRT 1500 ml EV/24h
3. Dipirona 02 ML + AD EV 06/06h
4. Titatil 20 mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40 mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clexane 40 mg SC/dia
9. SSV + CCGG

3/06



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Elaine Gabriela de Mendonça</i>		
End:	<i>Antônio Carlos 650</i>	Bairro:	<i>Alto do Sol</i>
Data de Nascimento:	<i>10/03/80</i>	Documento de Identificação:	
Queixa:	<i>do coração</i>	Data do Atend.:	<i>17/06/16</i>
Acidente de trabalho?	☐ Sim	☐ Não	Hora: <i>21:15</i> Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

Paciente)	
-----------	--

Alojamento)

Leito) 7-3

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/06	DIETA GERAL		
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	18 24 06	
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	18 06	
	SF 0,9% 1000 ML EV 12/12H	18 06	
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV 8/8H S/N		
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	04	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N		
	CCGG SSVV	06	
	ACESSO VENOSO	06	
	1. Cel. [illegible] 1g EV 12/12H	18 06	
	2. G. [illegible] 240mg EV 1x/dia	18	

Act evolu
pes apu m
quinta
CB - U.P.H.

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CRIOLOGIA E FISIOTERAPIA
CRM-PR 11551

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CRIOLOGIA E FISIOTERAPIA
CRM-PR 11551

21/06 - PA: 110 x 80 mm Hg



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

07/08

Fx anterior + Colúmbia =

Paciente	Cláudia G de Mendonça
----------	-----------------------

Alojamento	7
------------	---

Leito	3
-------	---

Convênio

[illegible]

UNIDADE DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

DIAGNÓSTICO

* HSE

Paciente	Prescrição Médica		Alojamento:	Leito	Convênio
Clécio G. de Mendonça			7	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
18/6	1. Dieta livre				
	2. SRL 1500ml EV/24h SE, 09/1	08			
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h - susp.	14 21 06	Etiologia: trauma		
	4. Titatil 20mg + AD EV 12/12h	12 24			
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	Queixa de dor em HSE e abdome.		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h	14 21 06	Relata episódio de vômitos antes.		
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
	8. Cloxane 40mg SC/dia		Marcar cirurgia p/ risco com		
	9. SSVV + CCGG		Dr. Andréx		
	10. Bumopride 1FA + AD EV 8/8h	05 14 21 06	CD: solicito mup.		
			Paciente em uso de dreno no crânio		
			(sic) foi colocado na administração pela		
			c. geral. solicito avaliação de		
			c. geral.		
# Cirurgia Geral # Paciente vítima de capotamento no solo com escoriações com MSE, focos e ferimentos com curso contuso, sinais de aberto D, feita sutura durante atendimento o alelado de dreno. FD limpa com drenagem de hemorragia intracraniana. CD: Manter dreno + curativo.					

Fátima S. Bezerra
 9536

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Rosa Esterle Nunes			Alojamento		Leito	7-3	Convênio	
----------	--------------------	--	--	------------	--	-------	-----	----------	--

[illegible]

Dr. Amen Jose Pinyo Neri
Traumatología / Ortopedia
GPAA / PB 5258
M30 035



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Glécia Gabrielle de Mendonça		Idade:	36a
Convênio:			Data:	01/08/16
Procedimento:	T. R. de supracondilismo de lemnisco			
Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:		
Início:	Término:	Anestesia: Bloqueio de plexo		

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Nome do Paciente <i>Elcio Salgueiro</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>2/10/68</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Anderson</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		<i>Fratura Ulnar distal</i> <i>4ª e 5ª costelas</i> <i>Entorsecão</i>	
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		<i>Sim</i>	
Acidente Durante a Operação		<i>Não</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

	Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1/	Act + D + H
2/	Antes e depois + Antissepsia
3/	campos operatórios
4/	incisão posterior colorida
5/	Amputação
6/	Estetotomia do olecrano
7/	Ilacóseo crural de Fratura
8/	Exsecção com placa de aço
9/	Exsecção de Peroneos Integrais
10/	Exsecção com placa de aço
11/	Exsecção e medula + tendões
12/	Sutura por planos
13/	Sutura

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAVUNHA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Chelci GARCIA DE MENDONÇA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº M. H.

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1308803

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. PRÉVIO DE TRAT. SUPRACONDILAÇÃO DE MESA

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placas 3.5 DCP 8F.		01	
Placas 3.5 DCP 7F.		01	
Placas Reconstrução 6F.		01	
Parafusos Corticais 3.5 x 14		04	
" " 3.5 x 16		02	
" " 3.5 x 18		02	
" " 3.5 x 20		02	
" " 3.5 x 26		01	
" " 3.5 x 30		01	
" " 3.5 x 50		03	
Arcondas 3.5		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

21/06/2016

Dr. Aracy V. Mendes

OBSERVAÇÕES

Gr. 3.5 Simplex

Dr. Wagner Faleiro
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 883

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Aracy

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>clício gabrieli de Mendonça On/20/03/1980</u>		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		<u>SUS</u>	<u>36.3</u>
REGISTRO		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
<u>1308803</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA		CIRURGIÃO	
<u>Ampliação de útero distal</u>		<u>Dr. André + Dr. João Paulo</u>	
ANESTESIA		ANESTESIA	
<u>bloqueio de base</u>		<u>Dr. Lucas</u>	
INSTRUMENTADORA		FIM	
<u>André</u>		<u>10:40</u>	
DATA		INÍCIO	
<u>21/06/16</u>		<u>07:30</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Cera pl/ osso
	Inova ml		Ethibond
	Ketalar ml		Ethibond
	Mercaína % ml		Ethibond
	Nubahn amp.		Fio de Algodão Sertix
	Protigline amp.		Fio de Algodão Sertix
	Protóxido l/m		Fio de Algodão Sutupak
	Queflicin ml		Fio de Algodão Sutupak
	Rapifen amp.		Fila cardíaca
	Thionembutal ml		Mononylon
	Tracrium amp.		Mononylon
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS
	Água Destilada amp.		SG Normotérmico fr 500 ml
	Doxedron amp.		SG Gelado fr 500 ml
	Diphen amp.		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Flavilol amp.		SG Ringr fr 500 ml
	Fluocortid amp.		SG fr 500 ml
	Geramicina amp.		
	Glicose amp.		
	Glucon de Cálcio amp.		
	Hemacel ml		
	Hoparone ml		
	Kanakien amp.		
	Lasix amp.		
	Medrothinazol.		
	Plasil amp.		
	Prolamina		
	Revivan amp.		
	Stuplanon amp.		
	Cefalotina 1g		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	EQUIPAMENTOS
	Agulha desc. 25 x 7		Oxímetro de Pulso
	Agulha desc. 28 x 28		() Serra
	Agulha desc. 3 x 4.5		() Desfibrilador
	Agulha pl/ raque nº		() Foco Frontal
	Álcool de Enfermagem		() Foco de luz
	Álcool Iodado ml		() Foco Auxiliar
	Ataduras de Crepon		() Eletrocautério
	Ataduras de Gessada		() Oxícapiógrafo
	Azul metileno amp.		() Cardiomonitor
	Benzina ml		() Perfurador Elétrico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: CLAUDE Registro: Leito: Setor Atual:

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (x) Local: unha Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

(braco)

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D (x) Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chéio



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMBURIANGA
Santos
Fone: 200-693-5511

22 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos Gabriel da Mota

6 - Nº DO PROMISSÁRIO

249 961

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - CEP

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/03/80

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUME

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Rua Augusto dos Santos
Mat. 2016-0000-0000

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

20/03/80

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

249 961

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - OCORRÊNCIA

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PACIENTE:	CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA
DATA DO EXAME:	17/06/16

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.



Dr. Phydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933

NOME:	Cícila Gabriele de Mendonça										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:
Pré-op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
hemograma coagulograma

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 18/6/16	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002

MOD. 002

Carimbo e Assinatura do Médico		HORA DA SOLICITAÇÃO:		DATA:	
URGÊNCIA: ☐		ROTINA: ☐		EXAMES SOLICITADOS:	
MATERIAL A EXAMINAR:					
DADOS CLÍNICOS:					
REQUISIÇÃO DE EXAMES					
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO					
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES					
GOVERNO DA PARAIBA					
REQUISIÇÃO DE EXAMES					
PRONTUÁRIO: 819					
NOME: Cícila					
IDADE: 18					
SEXO: F					
COR: B					
PESO: 50					
ALTURA: 1,60					
CLÍNICA: 819					
ENF: 819					
LEITO: 819					

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

(99) DATA NASC. 20/03/19

NOME:	Clicie Gabrielly										PRONTUÁRIO:	1302803	
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M	F	B	P	A				7	3			

DADOS CLÍNICOS:

Fratura de rádio

UNIDADE: REVENDEDO

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de antebraço (AP e perfil)

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	27/06/16	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Schibert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 5583

MOD. 002

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	CLICIE GABRIELLE DE MENDONÇA										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
36	M	F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

RAIO X
REALIZADO EM:
27/06/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de coluna cervical perfil
Rx de torax AP
Rx de pelve AP
Rx de membros EAP e perfil

Rx de antebraço AP e perfil
Rx de mão esquerda AP e oblíqua
Rx de coluna lombar AP

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Cláudio Alves Aguiar da S. Costa
MÉDICA
CRM-PB 8211

MOD. 002

NOME:	C	L	I	C	I	E	G	A	B	R	I	E	L	E	D	E	M	E	N	D	O	PRONTUÁRIO:
IDADE:	36		SEXO:	M	☐	F	☒	COR:	B	☐	P	☐	A	☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			

DADOS CLÍNICOS:

Poli-trauma.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
17/06/16

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:		

Dr. Juliana Alves Aguiar da S. Costa
MÉDICA
CRM-PB 8211
Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

NOME:	Dedee B. Silva															PRONTUÁRIO:			
IDADE:			SEXO:	M	☐	F	☐	COR:	B	☐	P	☐	A	☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

36' 1p

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma, Ureloquias

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:		

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Elisai Galante de Mendonça		
End:	Avenida ...		
Data de Nascimento:	20/05/20	Documento de Identificação:	...
Queixa:	Ar de vom		
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Data do Atend:	17/06/17
		Hora:	21:15
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocrada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

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

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

09:00 G. de Nogueira

11/11

21/01/12

21/01/12

21/01/12

10. ENFERMEIRO ATUAL CN 8487

18/06/16

hora: 09:50

PA: 110/60

P: 89

Paciente consciente e orientado deambula e contacta verbalmente. Realizado banho de aspersão e curativo. Segue medicada CPM. Aos cuidados da equipe.

Genivaldo F. Passos
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN-PA 971.263

18/06/16

hora: 19:40

Realizado banho de curativo limpo

Genivaldo F. Passos
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN-PA 971.263

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Wesley Antônio Gomes Alojamento: 7-3 Leito: 7-3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/06/11	1) Dor abdominal		Transtorno
	2) Dor abdominal		
	3) Dor abdominal		
	4) Dor abdominal		
	5) Dor abdominal		
	6) Dor abdominal		
	7) Dor abdominal		
	8) Dor abdominal		
	9) Dor abdominal		
	10) Dor abdominal		
	11) Dor abdominal		
	12) Dor abdominal		
	13) Dor abdominal		
	14) Dor abdominal		
	15) Dor abdominal		
	16) Dor abdominal		
	17) Dor abdominal		
	18) Dor abdominal		
	19) Dor abdominal		
	20) Dor abdominal		
	21) Dor abdominal		
	22) Dor abdominal		
	23) Dor abdominal		
	24) Dor abdominal		
	25) Dor abdominal		
	26) Dor abdominal		
	27) Dor abdominal		
	28) Dor abdominal		
	29) Dor abdominal		
	30) Dor abdominal		

Data	Hora	T	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
12/01/16						Paciente em estado crítico cateterismo com Heparina Diurese espontânea Coração palpável Pulso forte 60/117/74 Saturação de O2 98% Temperatura 36,5°C Pressão arterial 120/80 mmHg Frequência cardíaca 110 bpm Frequência respiratória 20 rpm Saturação de O2 98% Diurese 150 ml Saturação de O2 98%	



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia - 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e fosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat O2 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat O2 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS		


Assinatura Anestésista

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 21/06/18 HORA: _____
ENFERMEIRO COREN-PA 460303

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: CLIQUE Registro: _____ Letto: _____ Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: (☒) Local: anexia Obs: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

(braco)

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D (☒) Fotorreagentes () Mióticas () IA drinicas

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

Linguagem: () Qual? () Dislalia () Alalia () Disfasia () Disartria

Obs: _____

OXIGENACÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Catete: Nasal () Venturi % Fmin () Traqueostomia () Arvia/Tubo T

() VANI () VAI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo e água:

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

Gasometria arterial: pH _____ PCO₂ _____ PO₂ _____ HCO₃ _____ ES _____ SpO₂ _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ESTRUTURA

LEITO

INFORMAÇÃO

FOLHA DE ANESTESIA

CLICIA GABRIELE DE MENDONÇA

IDONE

Nº

LSP

RSC

21-6-16	PROFISSIONAL	SEXO	ACERTADO	TEMPERATURA	PESSO	ALTERA
TIPO DE ANESTESIA	ATIVIDADE	HEMOTÓXICO	HEMOCÓRPO	QUANTIA	URINA	DIAPHR
AP. RESPIRATORIO					AGUA	ESCADATE
AP. CIRCULATORIO					GIROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO		GENES	POCULO		AT. JARIANO	
ESTADO ANIMAL		ARMADOS	CONDIÇÕES		ALICIA	INTERFERENTES
NA. RESERVA DO OPERADOR	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR				PROFISSIONAL	RESC
ANESTESIA INTERIORES						

INDICADOR DE ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
------------------------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

ANESTESIA	PRIMA SUPRA-CONDILIANA DE UNICOR	PRIMA	PRIMA
-----------	----------------------------------	-------	-------

~~1~~ MSE[illegible]

19.06.16 10:00

Per corrente, orientado, não gozo
buitados e mediado sempre
presença médica, não queira dar
no momento.

Pa+ 120x80

[Signature]

apresentar ao o 2000

12.10.72, 2000
ON, 14.08.05

apex

Ata de 04.11.11 ao momento 01

[illegible]



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

Diagnóstico

Ex 'antiquario' + 'colonia'

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

01/02

Paciente	Cláudia G. de Mendonça	Alojamento	7	Leito	3	Convênio	
----------	------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/06/2011	1- Dexametasona 4mg EV 12/24h	12/24	Revisão, sem alterações
	2- SF 0,9% 1500ml EV 12/24h	12/24	
	3- Dexametasona 30mg VO 6/6h	12/24	
	4- Tiazol 20mg 1 AD EV 12/24h	12/24	
	5- Clonazepam 4mg EV 12/24h	12/24	
	6- Tiazol 100mg 1 100mg 50mg EV 12/24h	12/24	
	7- Naloxona 0,1mg 1 AD EV 6/6h S/N	12/24	
	8- Bismopridina 1mg 1 AD EV 12/24h	12/24	
	9- CCG 1: 55V	12/24	

Dr. Schmitt Costa
 Especialista em Medicina
 Cirurgia da Cabeça
 CRM 5523

Dr. Schmitt Costa
 Especialista em Medicina
 Cirurgia da Cabeça
 CRM 5523

RESULTADOS ESPERADOS

[illegible]

Paciente: Claudia Enfermeira: 4.3 # Leito: Data:

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdomão distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregular ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Deficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (x)				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()
		Outros ()				Relato verbal de dor (x)		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()		Outro ()
7	Mobilidade física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Uso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispneia ()
						Batimento do asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asclto ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos (x)	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()		Outro ()
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

21.06
21:00

Pet. conixanti, euantidol
Pague non obedi
quon

Jim

GOV. DO PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma (Dono Luis Gonzaga Fernandes)

Diagnóstico

FRATURA DO ULNAR

Fratura do Ulnar

20

Paciente	Clara Saldade	Alojamento	Leito	4-3	Convênio
----------	---------------	------------	-------	-----	----------

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
	DIETA GERAL				
22/06	DIPIRONA 2 ML EV 8/8H	18	24/06		1.º exame
	TIACIL 1 APM EV 12/12H	18	06		2.º exame
	SF 0.9% 1000 ML EV 12/12H	18	06		3.º exame
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV 8/8H S/N				4.º exame
	OMEPRAZOL 20 MG VC 7H				5.º exame
	FRANAL 100 MG EV 8/8H S/N				6.º exame
	CCGG SSVV				7.º exame
	ACESSO VENOSO				8.º exame
	1.º Exame de Urina				9.º exame
	2.º Exame de Urina				10.º exame
					11.º exame
					12.º exame
					13.º exame
					14.º exame
					15.º exame
					16.º exame
					17.º exame
					18.º exame
					19.º exame
					20.º exame
					21.º exame
					22.º exame
					23.º exame
					24.º exame
					25.º exame
					26.º exame
					27.º exame
					28.º exame
					29.º exame
					30.º exame

21/06 - P. 190 x 80 mmHg

12/06/16 PA: 120x80 mmHg

16 Paciente consciente, orientada
em relação a pessoa e tempo.
Realizando cuidados de enfermagem
e medicações conforme prescrição
médica.

+ curativo
3 curativos

colheita #
1000
040-6

3

3

apresenta de febre alta

20150

(respirar)

atual e 120x80 mmHg
e 120x80 mmHg

DIAGNÓSTICO

Ex. 10/09/2010
coluna 6

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cláudio Gabriel de Almeida		Alcramento:	3	Leito	3	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
22/06	1. Dieta				#1. Ortopedia			
	2. SGL 1500ml EV/24h		11/12 9/6		5º dia			
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		12/13 9/6		1º dia			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		12/13 9/6					
	5. Omeprazol 40mg EV/jum		0/6					
	6. Tramal 100mg + 100ml SI 0,9% EV 8/8h SN		SW 1/1		Paciente segue com sintoma de dor e			
	7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN		SW 1/1		tumor de massa com 12cm, 14cm			
	8. Clexane 40mg SC/dia (suspensão)				apresenta dor muito intensa por causa			
	9. SSVV + CCGG		U		da dor			
02/07	10. Eparina 1g EV 12/12h		1/8 9/6		de dor está bastante inchado (não			
	11. Gentis 240mg EV 1x/dia		1/1		mais dor em 5 a 10cm apertado)			
	12. Tetraciclina 100mg 12h 8/8h		1/1 9/6		CA. NTD.			
	13. Tetraciclina 100mg 12h 8/8h		1/1 9/6		sem dor			
	14. Tetraciclina 100mg 12h 8/8h							

Sr(a):	CLECIA GABRIELLE DE MENDONÇA	Paciente:	0000282714	RGE:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMARO JORGE PINTO NETO	Data:	15-06-2016 15:38	Origem:	CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	36 anos	Destino:	DEF 07.1.03

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

INSTR. EM COLETA: 15/06/2016 15:31
Método: 200000
Método: 2000

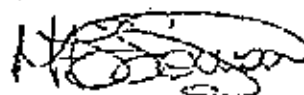
Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO

8'00'' min

INSTR. EM COLETA: 15/06/2016 15:31
Método: 200000
Método: 2000

Valores de Referência:
De 1 a 12 minutos


Márcia Fernanda
Biomédica
CRM 4081

Srta): CLECIA GABRIELLE DE MENDONÇA Protocolo: 0000282714 RG: NÃO INFORMADO
Data): AMARO JORGE PINTO NETO Data: 18-06-2016 15:06 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 35 anos Destino: FME OT. 1.63

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 18/06/2016 15:06)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

ERITRÓCITOS	4.04 milhões/mm ³	3.7 a 5.1 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13.2 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	40 %	35.5 a 45.5 %
V.C.M.	96 fL	82.0 a 101.0 fL
H.C.M.	33 pg	27.1 a 32.0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

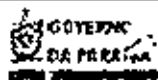
SÉRIE BRANCA

LEUCÓCITOS	11.400 /mm ³ (8)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2.0	228	0 a 50 % = 0 a 2.000 /mm ³
Segmentados	71.0	8.094	50 a 80 % = 500 a 8.000 /mm ³
Eosinófilos	0	0	0 a 5.0 % = 0 a 500 /mm ³
Basófilos	0	0	0 a 2.0 % = 0 a 200 /mm ³
Linfócitos			
Típicos	23.0	2.622	20 a 40 % = 2.000 a 4.000 /mm ³
Atípicos	0	0	0 a 10 % = 0 a 1.000 /mm ³
Monócitos	4.0	456	0 a 10 % = 0 a 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	283.000 mm ³		150.000 a 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.


Mircia Ferreira
Biomédica
CREM 4004



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

PACIENTE:	CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA
DATA DO EXAME:	17/06/16

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.



Dr. Phydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

4. CNES
2 3 6 2 8 5 6

5. CNES
2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

6. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

7. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

8. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

9. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

10. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

11. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

12. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

13. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

14. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

15. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

16. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

17. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

18. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

19. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

20. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

21. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

22. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

23. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

24. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

25. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

26. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

27. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

28. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

29. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

30. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

31. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

32. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

33. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

34. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

35. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

36. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

37. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

38. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

39. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

40. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

41. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

42. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

43. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

44. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

45. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

46. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

47. NOME DO PACIENTE
LUIZ GONZAGA FERNANDES

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Alcides Gabrielly de mendonça

DATA DO ATENDIMENTO: 17 / 06 / 16

Nº PRONTUÁRIO: 1308803 FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Lx de antebraço + costela (E)

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de supracon-
diloma de unguis

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Anderson



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Glécia Gabrielly de
Mendonça PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 552-7 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 17 / 06 / 16 A 23 / 06 / 16 NECESSITANDO DE
90 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande, 23 / 06 / 16

Dr. Sebastião Costa
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Elieir Galvany de mendonça

MÉDICO: _____

Dr. Humberto Costa
Ortopedia - Traumatologia
Unidade da Celular
CRM 5523

ENFERMEIRO: _____

DATA: 23 / 06 / 16

SETOR: _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Blicie gabrielly de mendonça

Endereço: Antônia Bampa, 650, Alta Blumen, Campina Grande - PB

Prescrição:

① bupropiônica 500 mg _____ OLX
Tomar 01 cp 12/12h por 7 dias

② alprazolam 1000 _____ OLX
Tomar 01 cp 12/12h

Data: 23 / 06 / 20 16

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ / _____ / _____

MOD 083



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.776.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Humberto Costa
CRM: 10.123/4567
Cidade: Campina Grande - PB
Data: 23/06/2016

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Elisete Apolinário de Mendonça

Endereço: Antônio Camps, 650, Alta Business, Campina Grande - PB

Prescrição:

(1) Clonazepam 0,5 mg _____ OLX

Tomar 01 cp 12/12h por 7 dias

(2) Alprazolam 0,5 mg _____ OLX

Tomar 01 cp 12/12h

Data: 23 / 06 / 2016

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: _____ / _____ / _____

MOD 053

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Oliver, Gabrielly de mendonça

DATA DO ATENDIMENTO: 17 / 06 / 16

Nº PRONTUÁRIO: 1308803 FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: La de antebraço + costela (E)

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de supuração
de uma de unhas

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Andrew



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Elise Galvily de mindança

MÉDICO: _____

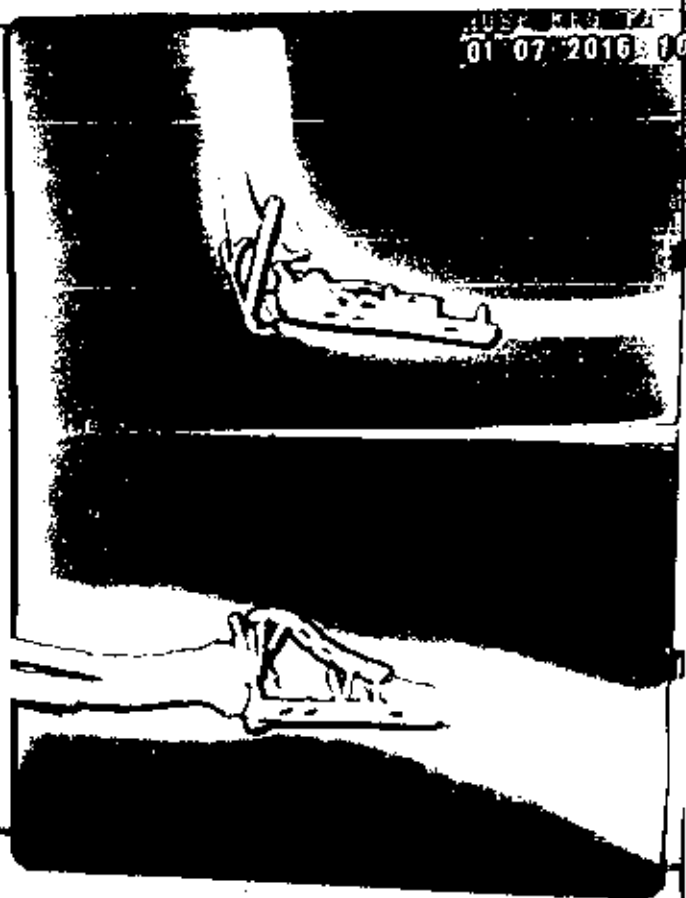
Dr. Humberto Costa
Especialista em Neurologia
CRM 5523

ENFERMEIRO: _____

DATA: 23 / 06 / 16

SETOR: _____

01 07 2016 10





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

IDENTIFICADORA DE MENDONÇA HENRIQUES

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488927074

PROIBIDO PLASTIFICAR
1488927074

FOTO

DOC. IDENTIFICAD. DO FARMACÓPEO
2206789 SSP PE

CPF 862.590.911-68 DATA NASCIMENTO 20/03/1980

Flapso
FLEURIBO MENDONÇA

MARIA NAILEZA MEDEIROS HENRIQUES

TOMADO ACC CALHA

IP REGISTRO 04161004773 VALIDEZ 29/05/2022 1ª EMISSÃO 09/06/2007

OCCUPAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL JOAO PESSOA, PE DATA EMISSÃO 30/05/2017

Assinatura do Emissor 47607650879 PD034728613

PARAIBA

Documentos de Identificação





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG

Laudos do INML - Lesões corporais



C: Laudo nº: 03.03.07.052017.12130

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Sanidade física

Data do exame: 12/05/2017 Hora: 11h01

Órgão Requisitante: Delegacia de Cuité. Nº da Solicitação: 208/2017. Autoridade Solicitante: Bel^a. Elias José R. Silva. Nome: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES. Idade: 20/03/1980, filho(a) de: Fleurisio Mendonça e de: Maria Nailza Medeiros Henriques Sexo: Feminino. Estado civil: Divorciada. Profissão: Gerente de Vendas Nacionalidade: Brasileira. Naturalidade: C. Grande/PB. R. Ferreiros de Macedo, 60 Centro Picuí/PB Telefone(s):

HISTÓRICO – Periciando refere ter sido vítima de acidente automobilístico em 17 de junho de 2016, sendo socorrida para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

DESCRIÇÃO – Ao exame, observamos: deformidade no ombro direito devido a luxação, cicatriz cirúrgica hiperocrômica linear na face posterior do antebraço esquerdo medindo 10 cm, cicatriz com tecido de granulação no dorso da mão direita medindo 4,0 cm x 4,0 cm, cicatriz cirúrgica hiperocrômica linear na face posterior do cotovelo esquerdo medindo 16 cm. Traz laudo médico assinado por Dr. Railton Marinho da Costa datado de 28/04/17 informando seqüela de fratura em membro superior esquerdo, em torno de 50 %.

QUESITOS

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? SIM, CICATRIZES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

João Nogueira Pereira Júnior
PERITO MÉDICO-LEGAL
MAT. 157.638-1

2º TABELIONATO PÚBLICO

Mariene Macedo do Araújo

2ª Tabelião

Comarca de Picuí/PB

Picuí/PB, 10/04/2019.

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me

foi exibido. Dou fé. (Art. 225-III do CPC).

Picuí/PB, 10/04/2019.

Selo Digital AGS49023-2L9S1

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

Emitido em: R\$2,47 Fapeh R\$0,29 MP R\$0,04 Fepj R\$0,50

Clície Gabriele de Mendonça Henriques

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190321967**

Nome do(a) Examinado(a): **CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R GARCIA DO AMARAL, 07, CASA - CENTRO - Picuí - PB - CEP 58187-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2.386.789**

Data e local do acidente: [**17/06/2016**] **BARRA DE SANTA ROSA**

Data e local do exame: [**30/05/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO, CAPOTAMENTO, NO DIA 17/06/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO DE IMAGENS, CONSTATANDO A FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO. FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 23/06/2016. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA EXTENSÃO DO COTOVELO E (DEFICIT 15 GRAUS), NA FLEXÃO DO COTOVELO E (DEFICIT DE 35 GRAUS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA EXTENSÃO DO COTOVELO E (DEFICIT 15 GRAUS), NA FLEXÃO DO COTOVELO E (DEFICIT DE 35 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

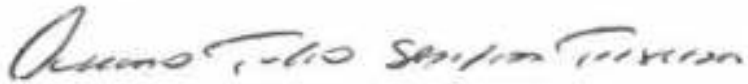
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

É MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160683/19

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUE

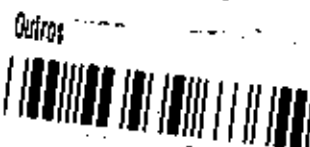
CPF: 862.590.911-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2016

Titular do CPF: CLICIE GABRIELE DE
MENDONCA HENRIQUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES : 862.590.911-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019

Nome: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

CPF: 862.590.911-68

CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES
Data do Acidente: 17/06/2016 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 862.590.911-68

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): CLICIE GABRIELE DE MENDONÇA HENRIQUES
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 862.590.911-68
E-mail: claciehenriques@outlook.com Tel.: (83) 988501930
Data: 29/04/2019 Assinatura: Clacie Gabriela de Mendonça Henriques

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): A C MANGABEIRA SE/PB
Atendente: JOÃO IDNALDO GONZAGA DE MORAIS Matrícula: 8.478-473-5
Data: 29/04/2019 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321967 **Cidade:** Algodão de Jandaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES **Data do acidente:** 17/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM ESCORIAÇÕES.
FRATURA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 14

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160683/19

Vítima: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIC

CPF: 862.590.911-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/06/2016

Titular do CPF: CLICIE GABRIELE DE
MENDONCA HENRIQUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES : 862.590.911-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES
CPF: 862.590.911-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

CLICIE GABRIELE DE MENDONCA HENRIQUES

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES