

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10848689

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vitima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10851986

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº: 10960953

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta nº 11017009

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209529 ASL-0145146/17
Vitima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107704

A/C: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Sinistro: 3170209529 ASL-0145146/17
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
Data Acidente: 21/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **WLISSES SANTOS DE ALMEIDA**

Valor: **R\$ 3.712,50**

Banco: **104**

Agência: **000004916**

Conta: **000000008639-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.712,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, WILSSES SANTOS DE ALMEIDA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3994724 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 22/09/2011 F
 CPF 701131594-20 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILSSES SANTOS DE ALMEIDA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: (CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente no final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SIS(DPVAT) Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 8 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

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

PARANÁ 19 de MARÇO de 2017

LOCAL E DATA

WILSSES SANTOS DE ALMEIDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s herdeiro/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

GRUPO SEGURADOR
 LÍDER

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANCA FACIL

03/22/2017

CONVENIO:

OPERADOR:

15:06:48

000099236

00009924

CONTA: 4916.013.00008639-0
NOME: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA
CPF: 701.131.594-20

COD. OPERACAO: 081400261

OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

TRANSAÇÃO EFETIVADA OK

SAE CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Duvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, WILLISSES SANTOS DE ALMEIDAPORTADOR(A) DO RG Nº 3994724EXPEDIDO POR SSP PEEM 22/09/2017CPF (707131594)-20 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGUADO

E RENDA MENSAL DE R\$ AGUADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILLISSES SANTOS DE ALMEIDA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

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

PARAUMA PB 20 de ABRIL de 2017 WILLISSES SANTOS DE ALMEIDA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 19/04/2017

HORA: 12:52:52

TERMINAL: 49161004

CONTROLE: 491610040251

AGÊNCIA: 4916 - PICUI

CONTA: 013.00008639-0

CLIENTE: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
24/03	10,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	0,00
--	--	----------------	------

Março

24/03	240944	OP CX AQU	10,00C
-------	--------	-----------	--------

RESUMO EM 18/04

10,00C

SALDO

RESUMO DO DIA

0,00

SALDO BLOQUEADO

10,00C

SALDO DISPONIVEL

10,00C

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

CAIXA.GOV.BR/VOCE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Wlisses Santos de Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amauri Sales de Melo, S/N
Centro Baraúna PB CEP: 58188-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3994724
Data local do exame: [15/05/2017] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA ESPLÊNICO**
FRATURA DE RADIO PROXIMAL D
PRESEÇA DE CICATRIZES CIRURGICAS EM ABDOMEM (LAPAROTOMIA), E REGIÃO VOLAR DO ANTEBRAÇO D, ADM DO MSD
PRESERVADO COM EXCEÇÃO DA SUPINAÇÃO QUE TEM LEVE LIMITAÇÃO, SEM DISTROFIAS, BOA FORÇA NO MEMBRO
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, FOI SUBMETIDO A ESPLENECTOMIA EM CARATER DE URGÊNCIA, PERMANECU 16 DIAS INTERNADO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 2 MESES, FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: MEADOS DE FEVEREIRO DE 2017
ESPLENECTOMIA
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE RADIO COM USO DE PLACA E PARAFUSOS
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
PERDA DO BAÇO, DANO ANATOMICO DO ANTEBRAÇO COM LEVE DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO SUPERIOR - Direito | BAÇO (RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA) |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Costa
PERITO ASSISTENTE
SAUDE SEG
CRM - 5523



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

OCORRÊNCIA: 83526268

Comunicação: C2079257

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1069641 - FRANCISCO JOSE MARTINS	Data/Hora do Acidente (hora local): 21/12/2016 18:30	BR: 104	KM: 29,0
Município/UF: CUITE/PB	Tipo de Acidente: Atropelamento de animal	Sentido da Via: Decrescente	
Fase do dia: Plena noite	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Sinalização existente: Vertical, Horizontal	Sinalização luminosa: Funciona	Condição meteorológica: Vento	
Houve danos ao patrimônio da União? Não	Data e horário da solicitação:		
Houve solicitação de perícia? Não	Data e horário do		
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não			

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:

DOCUMENTO 1 *T196*



CONDIÇÃO DA RODOVIA

Estado do Solo: Rural	Tipo de Localidade: Não edificada			
Existe acostamento? Sim	Estado de Conservação: Regular	Há desnível? Não	É pavimentado? Não	Largura (m): 1,8
Possui defesa? Não existe	Possui meio-fio? Conservada(o)	Possui sarjeta? Não existe		
Existe cantilever 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: Regular	Ocupação: Livre			
Cerca: Não existe	Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom	Tipo: Simples	Qtd. de Faixas: 02	
Tipo de Pavimento: Asfalto	Perfil: Em nível	Traçado: Reta	Curva Vertical: Não Existe	Superelevação: Não
Superlargura: Não	Largura da Pista (m): 7	Estreitamento: Não Existe		

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

5146

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45

NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRNAPRE



CROQUI

Local Preservado

10-104
Km
2029,0

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Carinhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponte A'
- Ponte A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Passagem ou Derrogação
- Depois da Colisão

BARRA DE SANTA ROSA

CUTE

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:

Conforme levantamentos no local do acidente, km 29 da br 104, município de Cuité - PB, às 18:30 hs de 21/12/2016, o v1 flia1 uno de placas MYM6514, após atropelar um animal que cruzava a pista, desgovernou-se, colidindo frontalmente com o v2 Renault LOGAN de placas QFY-2100 que saiu da pista em seguida.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 2 de 10

GRUPO SEGURADOR
BB MAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MYM-0514 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BD15822764980049 Renavam: 00925016047
Marca/Modelo: FIAT/UNO Cor: CINZA Ano: 2008 Tipo: Automóvel Emplacamento: NATAL/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Categoria: CPF/CNPJ: 032.888.534-77
Proprietário: MARIA DAS DORES SOARES DA SILVA CEP: -
Endereço: Município/UF: NATAL/RN Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: PEDRA LAVRADA/PB - BRASIL Destino: CUITE/PB - 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: Animal solto Incêndio? Não
Marcas de Freio (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Vazio 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: Proprietário Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 19:30 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: Maria das Dores Soares da Silva
Documento do Responsável: 032.888.534-77
Município/UF: CUITE/PB Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OFY-2100 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 93Y4SRD04FJ789818 Renavam: 01066533510
Marca/Modelo: RENAULT LOGAN Cor: VERMELHA Ano: 2015 Tipo: Automóvel Emplacamento: CAMPINA GRANDE/PB
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria: CPF/CNPJ: 106.512.404-09
Proprietário: SKARLLATH JOYCE LEMON CEP: 58.410-185
Endereço: AV P SEVERINO B CABRAL 925 00825
Município/UF: CAMPINA GRANDE/PB Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: CUITE/PB - BRASIL Destino: BARRA DE SANTA ROSA/PB - 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: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freio (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Vazio 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: Proprietário Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 19:30 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: Skarllat Joyce Lemon
Documento do Responsável: 106.512.404-09
Município/UF: CUITE/PB Descrição do Encaminhamento:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MYM-6514

Nome/Apelido: ULISSES SANTOS DE ALMEIDA

Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: SÍTIO CISPLATINO, SN, ZONA RURAL

Município/UF: PEDRA LAVRADA/PB Telefones: Celular: CEP:

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 701.131.594-20 Documento de Identificação: Órgão Expedidor:

Origem: PEDRA LAVRADA/PB - BRASIL

Destino: CUITE/PB - BRASIL

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: AB Registro CNH: 06659995029/PB Primeira Habilitação: 14/07/2016

Validade CNH: 14/07/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 30,0 Horas Dirigindo: 00:30

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: Servidor

Documento do Responsável: 000000000000

Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 18:30

Município/UF: CUITE/PB

Motivo: Socorro

Descrição do

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/QFY-2100

Nome/Apelido: JOSEILTO DA SILVA

Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: RUA JOSÉ SODI LEAL, Nº 42

Município/UF: BARRA DE SANTA ROSA/PB Telefones: Celular: CEP:

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 739.452.774-34 Documento de Identificação: Órgão Expedidor:

Origem: BARRA DE SANTA ROSA/PB - BRASIL

Destino: CUITE/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Leves

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: AB Registro CNH: 0511268420/PB Primeira Habilitação: 28/12/2010

Validade CNH: 09/09/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 23,0 Horas Dirigindo: 00:12

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: Servidor

Documento do Responsável: 000000000000

Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 18:30

Município/UF: PICUI/PB

Motivo: Socorro

Descrição do

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45

NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRVAPFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



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

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo ☐ VIMYM-8514 /
Nome/Apelido: JOSÉ JOARD DOS SANTOS Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: DISTRITO CUMARUS, SN CEP:
Município/UF: PEDRA LAVRADA/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: PEDRA LAVRADA/PB Destino: CURITÉ/PB - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? ☐ Não Usava Cinto? ☐ Ignorado Usava Capacete? ☐ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☐ Hospital ☐ Responsável pela Recepção: ☐ Servidor
Documento do Responsável: 000000000000 Data/Hora da Recepção (hora local): 21/12/2016 19:30
Município/UF: CURITÉ/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f076ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
SOMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

Veículo: V1 / FIAT/UNO Placa: MYM-6514
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641 Data: 21/12/2016 18:30

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	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							
25	Painel Traseiro / divisor	1		X							
Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":									37		
Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":									0		
Total de pontos "SIM" + "NA":									37		

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

Assinala 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: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

1-2-ABR-2017

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

OCORRÊNCIA: 83526268

Comunicação: C2079257

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

Veículo: V2 / I/RENAULT LOGAN Placa: QFY-2100
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641 Data: 21/12/2016 18:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	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":			14		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0		
Total de pontos "SIM" + "NA":									14		

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.dpri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 2 de 10

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



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

OCORRÊNCIA:	83526268
Comunicação:	C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE:	5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 0 de 10

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

GRUPO SEGURADOR
BEMAPPE



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

OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

Veículo: V1 / FIAT / UNO	Placa: MYM-6514
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS	Nº BOAT: 83526268
Registro/Matricula do Agente: 1069641	Data: 21/12/2016 18.30



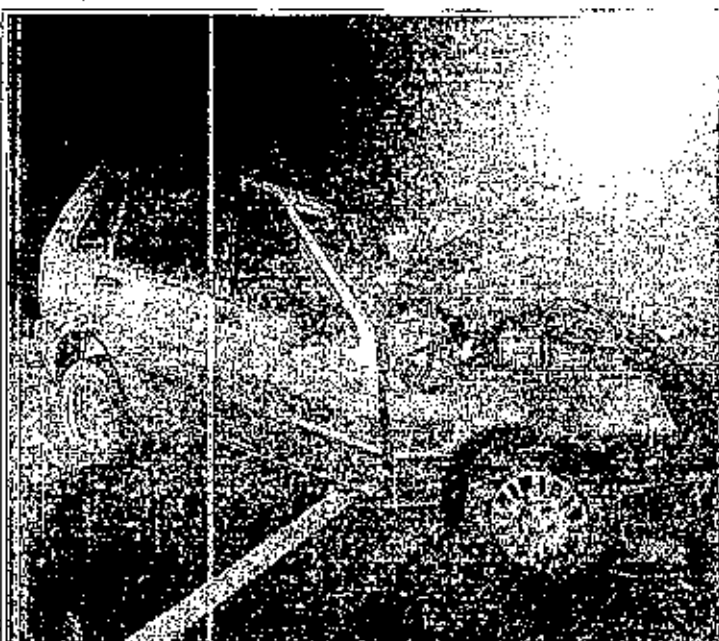
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

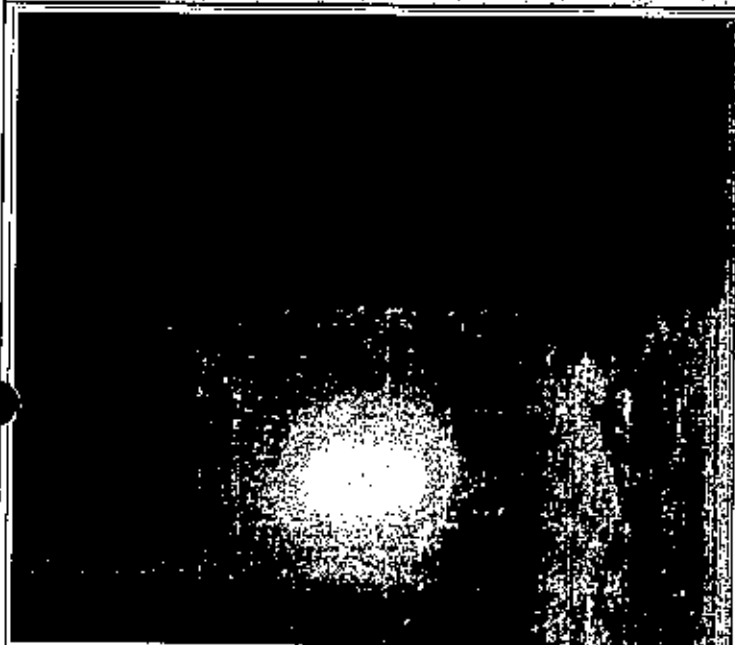


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

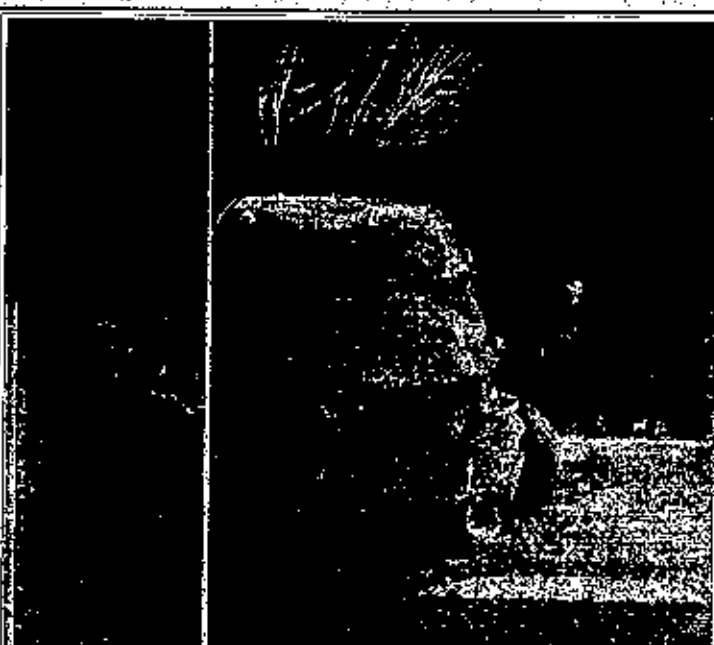
OCORRÊNCIA: 83526268
Comunicação: C2079257
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

Veículo: V2 / I/RENAULT LOGAN	Placa: QFY-2100
Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO JOSE MARTINS	Nº BOAT: 83526268
Registro/Matrícula do Agente: 1069641	Data: 21/12/2016 18:30



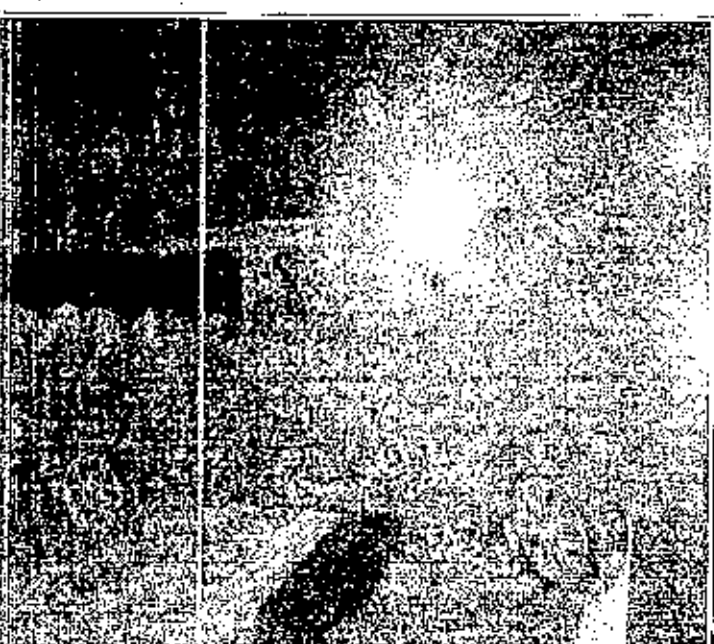
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/02/2017 17:59:45
NÚMERO DE CONTROLE: 5dcb9049f0f76ad0

RECEBIDO

12 ABR 2017

Página 10 de 10

GRUPO SEGURADOR
BOMAFÉPE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WLISSES SANTOS DE ALMEIDA, portador da carteira de identidade nº 3.994 724 e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.131.594-20, residente e domiciliado na RUA AMAURI SALES DE MELO, Cidade BARAUNA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

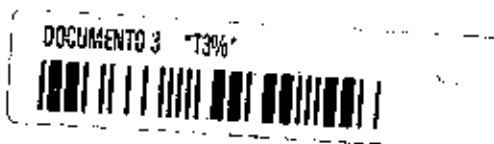
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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

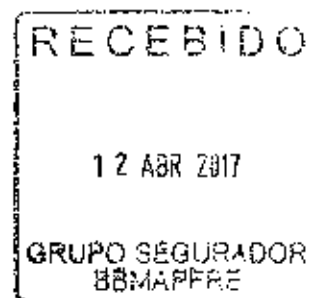


WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BARAUNA PB 20-03-2017

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

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: 1358262

Nome: **WILLES SANTOS DE ALMEIDA**

Sexo: _____ Idade: _____

Profissão: AGRICULTOR987860529

UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

End: AGRICULTURE

0-60

Municipio:
SITIO SISPATINA,

0330
-upst3

PEDRA LAVRADA
Onde Atendimento:

၁၂၂၂

Cedón do S.I.S. 22/12 2016

011167

~~DTA. NASCIMENTO-0740411886.~~

QUEIXAS ACIDENTE DE CARRO

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abração | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Confusão | 22. Inguirimento varcoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Alma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Alma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Contuso | 32. Parotomia |
| 15. F. Cortante | 33. Quelmadura |
| 16. F. Coto-contuso | 34. Rhinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sínclis do isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

CBG

QUEIMADURA:

Supernormal corporate $\frac{1}{2}$ %

Grav:	1° Grav	2° Grav	3° Grav

DIAGNÓSTICO / CID:

Pharm.
June 1886.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Marcelo Souza

Presidente Cirugía General

682010289

2017-12-21





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WILSSES SANTOS DE ALMEIDA

RG nº 3.994.724, data de expedição 22/09/2011 Órgão SSP PB,

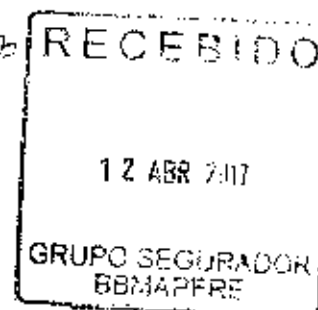
CPF nº 20131594-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA AMAURI SALES DE ALCO</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>BARAUNA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58188 000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999 204957</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARAUNA PB 20-03-2017

Assinatura do Declarante: WILSSES SANTOS DE ALMEIDA



MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA AMAURI SALES DE MELO, S/N - CENTRO
BARAUNA / PB CEP: 56108-000 (AG 10)



Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO P.020, Km25 - Costa Rica - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
Roteiro: 7 - 788 - 880 - 4090 Referência: Jan/2017 Cálculo: 095 183 0001-40 - Inc. Est. N.º 015 123-0
N.º medidor: 00000123269 Emissão: 12/01/2017 Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica 11000 354 013
Código de barras: 00000123269 1000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/241793-9

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tabela Setorial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

12/01/2017

Data prevista da próxima leitura

09/02/2017

CPF / CNPJ / RANI

46301083120

Faturas em atraso

21/12/2016 41,48
22/11/2016 35,13

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
14/12/16	18485	12/01/17	18570	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - EP	30	0,14803	4,44
Consumo - 31 a 100 kWh - EP	45	0,25052	11,27
Subsídio			18,89
ICMS			11,92
PIS			0,48
COFINS			2,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução do Subsídio			-18,89

Histórico de Consumo (kWh)

Des/18 08
Nov/18 01
Out/18 08
Agn/18 00

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUROS
BRAS

DOCUMENTO 1 *T106*



MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA AMALFI SALES DE MELO, S/N - CENTRO
BARAUNA/PB CEP 58188-000 (AG-10)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICO B-206, Km 25 - Estrada Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro 7 - 388 - BRD - 4080 Referência: Jan/2017
Nº medidor 00000123209 Emissão: 12/01/2017

ENERGISA PARÁRUA DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.666.152/0001-40 Insc. Est. 18.015.323-0

Nota Fiscal: Contador Energia Eletrônica 45-019
Código para Débito Automático: 0100324 1034

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energispa.com.br

Conta referência a UC (Unidade Consumidora) 5/241793-9

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

12/01/2017

Data prevista da próxima leitura

09/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

48304093120

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Msc. Est.	14/12/16	19/05	12/01/17	18570	1
				75	39

Faturas em atraso

Demonstrativo

Data	Valor (R\$)	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
21/12/2016	41,48	Consumo até 30kWh-BR	30	0,14583	4,38
22/11/2016	35,13	Consumo - 31 a 100kWh-BR	45	0,75852	11,54
		Subsídio			18,89
		ICMS			11,82
		PIB			0,49
		COPINS			5,11
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
		Devolução Subsídio			-18,88

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	00
Nov/16	81
Out/16	00
Set/16	00

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
COMAFERRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSE DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 1190467, expedido por SSP DF, em

13 108 11988 CPF/CNPJ nº 483.040.931-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) WLISSÉS

SANTOS DE ALMEIDA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA, e conforme

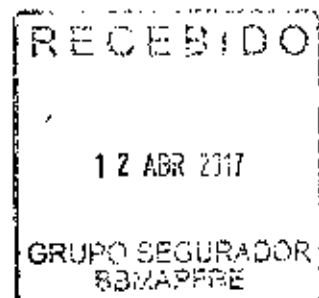
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUZO Renda Mensal: R\$ RECUZO

Documentos comprobatórios: _____

MARIA JOSE DOS SANTOS

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Pedra Lavrada
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista de Saúde de Pedra Lavrada



DOCUMENTO 4 *T496*



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Wlisses Almeida**, residente na zona rural do município de Pedra Lavrada-PB, precisamente no sítio Cisplatina, sofreu acidente no dia 21 de dezembro de 2016 na BR- 104 sentido Cuité, socorrido por populares, deu entrada no Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Mercês, apresentando escoriações e contusões em partes do corpo, realizado raio-x e evidenciou fratura de antebraço direito, por conseguinte, não resolveria seu problema na referida Unidade. A instituição não tinha ambulância no momento, foi pedido apoio da ambulância da Unidade Mista de Saúde de Pedra Lavrada que veio para fazer a remoção da vítima. Ao recebermos o paciente, o mesmo encontrava-se consciente, orientado, sonolento, pupilas isocóricas, hipocorado, taquicárdico, PA: 100x60MMHG, abdome doloroso à palpação em quadrante superior esquerdo e músculos tensionados. Realizado acesso venoso periférico de grande calibre e infusão endovenosa e feito imobilização de membro superior direito. Durante a remoção, a vítima apresentou dois episódios eméticos de coloração amarelada e referindo muita dor abdominal irradiando para o ombro esquerdo. Ao chegarmos no hospital de trauma, foi feito um FAST de urgência e constatou ruptura do baço com hemorragia moderada na cavidade abdominal.

DATO E ASSINO.

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BEMAPPE

ME RESPONSABILIZO POR TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA
DESCRITAS.

Pedra Lavrada, 07 de março de 2017.

Gésska de Oliveira Macedo Costa

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Diretora Administrativa da UMSPL- 2014-2016
Enfermeira responsável pela remoção
COREN-393432

Rua: Heronides Meira de Vasconcelos- 20; Centro, Pedra Lavrada – PB; CEP- 58180-000.
Tel.: (83) 33754028

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
GGFAPPE

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ulisses, Souto de Almeida		
End:	R. São Sebastião	Bairro:	Padre Lourenço
Data de Nascimento:	07/04/96	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atendimento:	22-12-16. Hora: 00h. Documento: _____
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Caro

Classificação de Risco

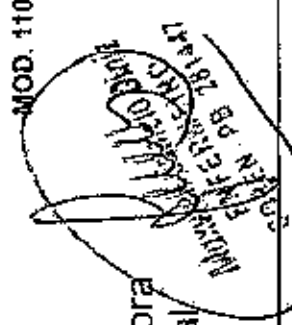
Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura-axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

VERMELHO - atendimento imediato VERDE - atendimento até 4 horas	() Amarelo - atendimento até 1 hora () Azul - atendimento ambulatorial
---	--



MOD. 110



Assinatura e carimbo do profissional



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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

1 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WISSES JANTOS DE ALMEIDA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

256036

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709805697586976

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/04/1996

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Joana Jose dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

98 860929

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Sirophima

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Padua Lourdes

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

PB

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt vítima de Politrauma, deu entrada referindo idm em abd. inferiormente. ABD distendido, tenso, doloroso à palpação.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

História clínica + Exame físico

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

USG FAST: (+)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Trauma esplênico + Hemoperitônio

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Clínica Cirurgica Urgente

Marcelo Souza
Residente Cirurgia Geral
CRM 10289

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

RECER

12 Abr 11

GRUPO 35
B5/Apr



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

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WILSES SANTOS DE ALMEIDA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

256056

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1709605647586976

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/05/1996

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Wanda Rosa dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

08 360224

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Sirophina

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Parna Guara

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt vítima de Politrauma, com ~~lesões~~ referindo dor em abd. inferiormente. ABD indistinto, fmo, dorção à palpção.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Mistura clínica + Exame físico

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

USG FAST: (+)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Trauma esplênico + Hemoperitônio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Cirurgia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgente

28 - DOCUMENTO

1 - CNS 1 - CPF

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

051169080412

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ronald Souza

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/12/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Marcos
Residência Médica
10/12

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO DANETE

39 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BEMAPFRE



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): Wllysses Gonzaga
de Aquino PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27/12/17 A 26/01/17 NECESSITANDO DE

92 (noventa e dois) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande, 26/01/17

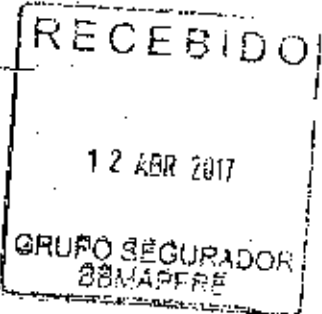
Ass. do Médico: Wagner
de Aquino

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Willis Santos da Almeida DN= 07/04/96
 QI LEITE Sala 01 CONVÊNIO SUS IDADE 20 anos REGISTRO 1358262



Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA L.E. + Esplenectomia CIRURGIÃO Des. Danilo + Marcelo (R)

ANESTESIA Genal ANESTESIA Dr. Securo Carvalho

INSTRUMENTADORA Acadêmica DATA 22/12/16 INICIO 08:30 FIM 03:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
04	Adrenalina amp. <u>Protigmine</u>		Catet. pl. Oxi.		Catgut cromado Sertix	
04	Atropina amp.	01	Catet. De Urinar Sist. <u>Feck. aberto</u>		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp. <u>Efedrina</u>	25	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
1	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macroglas		Ethibond	
	Morquina % ml		Equipo de Macroglas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	6/5	Esparrapado Largo cm	01	Fio de Algodrão Sutupak - 0 -	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Ragifen amp.		H ₂ O ml	01	Mononylon 3-0	
	Thionembulal ml		Intracath Adulto	01	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	02	Prolene Serfix - 0 -	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 20			
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			
	Dipirona amp.		Luvas 7.0			
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5			
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0			
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degernante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanekion amp.	25	Sabão Antiséptico	02	SG Normotermica fr 500 ml	5 F máx. pl. lar. var.
	Lasix amp.	04	Saco coletor <u>de luxo</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotermica fr 500 ml	5 F...
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	06	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	5 F...
	Revivan amp.	01	Sonda endot. nº 8,0			
01	Stoptanon amp. <u>Omeprazol</u>	01	Sonda folley nº 16	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g	01	Sonda Nasogástrica nº 18			
20 ml	<u>Serivane</u>		Sonda Uretral nº			
01	<u>Ronco</u>		Steridrem ml			
03	<u>Propofol</u>		Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 49 16			
	Aguilha desc. 28 x 28 <u>40x12</u>	03	Latex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	<u>elétricos</u>			
	Aguilha pl. raque nº	01	<u>filas</u>			
3/5	Álcool de Enfermagem <u>70%</u>	03	<u>líquido</u>			
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon <u>15 cm</u>					
	Ataduras de Gessada					
	<u>Alileno</u> amp.					

EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso
☐ Serra
☐ Desfibrilador
☒ Foco Frontal
☐ Fonte de Luz
☐ Foco Auxiliar
☒ Eletrocautério
☒ Oxidapigrafo
☒ Cardiomonitor
☒ Perfurador Elétrico

Adriana Fortunato + Gabriel +
CIRCULANTE RESPONSÁVEL



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

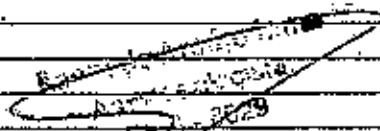
Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>W. Lissus Santos de Almeida</u>	Idade: <u>20 anos</u>
Convênio: <u>S.V.S.</u>	Data: <u>22/12/16</u>
Procedimento: <u>L.E. + Torpienectomia</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Danilo</u>	Auxiliar: <u>Marcelo (R)</u> Anestesiista: <u>Dr. Secorio</u> <i>com</i>
Início: <u>08:30</u>	Término: <u>03:00</u> Anestesia: <u>Genal</u>

[illegible][illegible]

Observações:	RECEBID
	12 ABR 2017
Assinatura Anestesista	GRUPO ASSURADO Circulante B3MAPFRE

Relatório de Operação

MOD-103

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Wálteres Santos de Almeida</u>				IDADE: <u>200</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Pele</u>	
DATA: <u>3/2/2016</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATAQUE	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Poli-traumatizado</u>					ESTADO FÍSICO: <u>(2)</u>		RISCO: <u>Grav I</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO		
00.30 01.30									
LÍQUIDOS	01 02 03 04					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
	100 100					MANUTENÇÃO <u>ome pra gel (0.1Fz)</u> <u>Atropine (0.01mg)</u> <u>Propofol (0.1mg)</u> <u>O2 (2.0L/min)</u> <u>Sevoflurane (2.0%)</u> <u>Ar comprimido (0.5L/min)</u>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	VP. A. VERL. PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
	DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____								
POSICÃO	0 0								
AGENTES	<u>Propofol (0.1Fz) / Roumuno (0.1Fz) / Fentanyl (Fentanyl) / Oxiprelina (0.2Fz)</u>								
TÉCNICA	<u>Geel - Balonaria</u>								
OPERAÇÃO	<u>Laparoscopia exploradora + Esplenectomia</u>								
CIRURGIÕES	<u>Dr. Danilo + Marcelo (MEC)</u>								
ANESTESISTAS	<u>Dr. Soreno Carneiro +</u>								
OBSERVAÇÕES	<u>Exemplo de tubo; PAH; Cardíaco pro confusão; Sando Vance e Norajeste</u>								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					CANULAS: <u>8.0 - 4.0</u> RECEBIDO: _____ 12 ABR 2017 PERSONAL SANGÜÍNEO: _____ FOLHA DE ANESTESIA: SRPB				

22/12/16

US6 F&E

no leap

laureas pendientes
US6 enviado a Madrid

RECEBIDO

12 ABR 1987

GRUPO SEGURIDAD
BMA OFEL

Nome do Paciente <i>Wilson S. da Moura</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24.12.16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>D. Pedro Lins</i>	1º Auxiliar <i>Marcelo Souza</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Elleio</i>	
Anestesia <i>Junior</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Pós-op de Esplenectomia + Queda</i>			
<i>acutizada de Hb/Ht</i>			
Tipo de Operação <i>L.E + Toilette Eletiva</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>LE + Toilette Eletiva + Hemograma p/ controle</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Ø</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Ø</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) PDD, rot. A. 6, Manutenção dos pontos de incisão - planos 2) Toilette da cavidade: Pequena Hemorragia, ligadura da esplenostomia e intestino e seu rimex de sangramento. 3) Revisão da Hemostasia, Toilette Eletiva, Contagem de Coágulos 4) Sutura da presa abdominal e fôlculo Ø 5) Sutura de pele Pylor 3-0 6) Curativo
Marcelo Souza Residente Cirurgia Geral CRM 10289
RECEBI
12 MAR 2017

PACIENTE:	ULISSES SANTOS DE ALMEIDA
DATA DO EXAME:	22/12/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

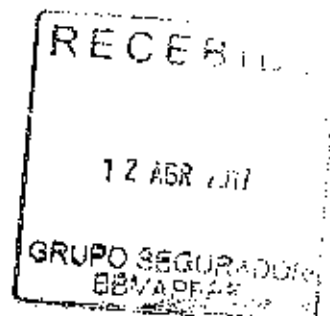
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Lacerações parenquimatosas profundas no baço associado a moderado hemoperitônio.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. Raiff Raphael Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315385 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 22-12-2016 11:35 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENFERM - LHM

HEMOGLOBINA 9.8

(DATA DA COLETA: 22/12/2016 11:55)

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%

Masculino: 13.5 - 18.0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 29.2 %

(DATA DA COLETA: 22/12/2016 11:55)

Material: Sangue

Método: Microscópio

Valores de Referência:

37 - 47 % (Microscópio)

Carlos Felipe Souza do Nascimento
Biotécnico
CRBIO 0409

22/12/2016 13:17 - Página 1 de 1



PNCQ

Programa Nacional
de Controle de Qualidade

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRAPFRE



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WLISSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000315519 RG: ALA CIRURGICA 14
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 23-12-2016 12:25 Origem: CLÍNICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENFERM - LOM

HEMOGLOBINA 9.4

Resultados anteriores: 22/12/16: 9.9 l

(DATA DA COLETA: 23/12/2016 12:44)

Materiais: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/l

Masculino: 13.5 - 18.0 g/l

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 28.0 %

Resultados anteriores: 22/12/16: 29.2 l

(DATA DA COLETA: 23/12/2016 12:46)

Materiais: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

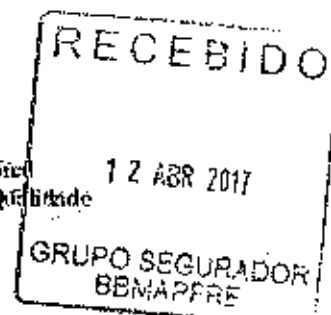
37 - 47 % (Wintrobe)

Ana Cassia Migezi Agra
Biomédica
CRM 5411

Emissão: 23/12/2016 14:06 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	ULISSES SANTOS DE ALMEIDA	Protocolo:	0000315547	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	23-12-2016 20:41	Origem:	CLINICA MEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	IO - NEWLAB

HEMOGLOBINA 8.3

[DATA DA COLETA: 23/12/2016 20:59]

Material: Sangue

Método: Cíenomatohemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%

Masculino: 13.5 - 18.0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 24.9 %

[DATA DA COLETA: 23/12/2016 21:01]

Material: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

27 - 47 % (Masculino)

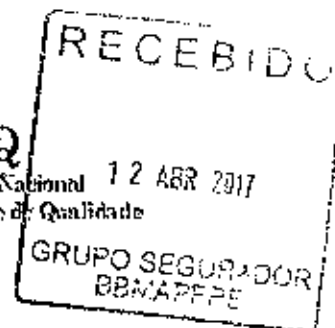
Análise Médica

Enviado : 23/12/2016 20:53 - Página 1 de 1



PNCQ

Programa Nacional
de Controle de Qualidade



[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

trauma esplênico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(3) (2)

Paciente	Wlisses Santos de Almeida - 20a.	Alojamento		Leito	4	Convênio	
----------	----------------------------------	------------	--	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/12/16	1) META PEQUENA.		# Cirurgia Grial.
	2) SF 0,9% 1500 ml EV	14:30	ADH / ADPO LE + ESPLÊNICO -
	3) Dúpanone 1g + AD, EV, 6/6h	14:30	MA + TORLÊT E CAVITADO
	4) DILATIL 20mg AFA + AD EV 8/8h	14:30	# Dispositivos: AVP em MSE
	5) Tramac 100mg + 100mg SF 0,9%	14:30	SV
	6) EV 12/12h, Dilat. 8/8h	14:30	# 20a. Sulfato, Aglutinacoe,
	7) Omeprazol 40mg EV 1x dia	14:30	NATURAL E PROCEDENTE DE PEDRA
	8) PEGAS Sonda ventral	14:30	LAVADA - PG, CATOLICO
	9) Isolamento audia embudo	14:30	
	10) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	# HD: Paciente vítima de acidente
	11) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	AUXILIO MOBILIZADO NO DIA 23/12/16.
	12) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	COM LESÃO ESPLÊNICA GRAU IV.
	13) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	SÃO PREVENIR. FATOR (-) ENDA-
	14) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	COA (-), DEXA DE POR EM
	15) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	BAIXO VENTRE
	16) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	# Exame físico: ECE, hipocracolo
	17) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	(+/+) Ametúcio, Reconstrução
	18) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	hinchado gelado. Ao toque
	19) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	RCV: RCE 2x BNF S/S.
	20) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	AE: MW + HTX SEA
	21) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	Abdomem: plano, deprimido
	22) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	doloroso em baixo ventre
	23) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	PRADA
	24) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	EO: bexiga bem coarada
	25) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	sem sinais flogísticos com
	26) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	peleas massagem preventiva
	27) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	ESV.V SAO 98% FE 21 TC 87
	28) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	Volume SV: 300ml/16h - 12h.
	29) Paracetamol 500mg EV 4x dia	14:30	Conduta: dieta líquida - Reten SV.

Marcilio Souza
Residência Cirurgia Geral
CRM 10289

GRUPO SEGURANÇA
BRASILEIRA

[illegible]

Wlisses Santos de Almeida.

DR= 07/04/96

Solo 01 SUS 20 1358262

CIRURGIA L. E + Toaleta lavitana		CIRURGIÃO D ^o Pedro Louie		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
ANESTESIA <i>Qual</i>		ANESTESIA D ^o Juandino		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA		DATA 24/12/96	INICIO 09:10	FIM 20:30	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Serlix	
04	Atropina amp.			Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	20		Catgut cromado Serlix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Serlix	
	Efranc ml			Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Serlix	
01	Fentanil ml			Cera p/ osso	
01	Propofol			Ethibond	
	Kelalar ml	01		Ethibond	
	Mercaina % ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serlix	
04	Profligmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido 1/m			Fio de Algodão Sutupak	
01	Quelicin ml	06		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.			H ₂ O, ml	
	Thiopenbutal ml			Intracath Adulto	
01	Tracrium amp.			Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		Lâmina de Bisturi n° 20	
	Agua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi n° 15	
02	Dipirona amp.			Luvas 7.0	
	Flexidol amp.	02		Luvas 7.5	
	Flisocortid amp.	01		Luvas 8.0	
	Geramicina amp.			Luvas 8.5	
	Glicose amp.	05		Oxigênio 1/m	
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix	
01	Heparina Ranitidina			PVPI Degemante ml	
	Heparina ml			PVPI Tópico ml	
	Kanakion amp.			Sabão Antisséptico	
	Lasix amp.	04		Saco coletor <i>lixo/roupa</i>	
	Medrolinazol.			Seringa desc. 10 ml	
01	Plasma Nausechran			Seringa desc. 20 ml	
	Protamina	04		Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.	01		Sonda TOT n° 8.5	
	Stuplanon amp.			Sonda Foley	
02	Clotona 1g <i>lofazolina</i>			Sonda Nasogálica	
02	<i>Tilatil 20 mg</i>	01		Sonda Uretral n° 18	
				Steridrem ml	
				Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml	
	Agulha desc. 25 x 7			Gelcon 18	
	Agulha desc. 28 x 28	01		<i>B. Silicone</i>	
	Agulha desc. 3 x 4,5	05		<i>Colostomas</i>	
	Agulha p/ raque n°	01		<i>Filtro</i>	
	Alcool de Enfermagem	05		<i>gel condutor</i>	
	Alcool Iodado ml	05		<i>blanexidina 2%</i>	
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hiperotérmico fr 500 ml
02	SG Ring fr 500 ml
	SG fr 500 ml
01	<i>Plasma + 01</i>

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocautêrio
() Desfibrilador	(X) Oxícapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL *Stela*

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Wlisses Santo do Carmo</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA <i>29/12/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRGICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>pus operatório de Esplenoctomia</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
ABRILHTE ANESTESIA SÍMBOLOS					INDICAÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Sistema Serot fecho e absorção de cor</i>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
POSICÃO	<i>De lado do D1 para o 2º g na primeira e na segunda coluna do 1º fl. od</i>				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Go.: _____ Exdt: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
AGENTES	<i>Propofol 200mg e Acluvina 80 mg</i>				Com cânula: _____ Paro e Leito Sim _____ Não _____		
TÉCNICA	<i>A-G-B</i>				CONDICÕES:		
OPERAÇÃO	<i>La parotomia Exploratória</i>						
CIRURGIÕES	<i>Dr. Pedro</i>						
ANESTESISTAS	<i>Luanda</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

Sr(s):	WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA	Protocolo:	0000315840	RC:	ALA CIRÚRGICA 14
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	25-12-2016 14:12	Origem:	CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	ENF 01 - LM

HEMOGLOBINA **7,9**

Resultados anteriores: 23/12/16: 9.4 ; 22/12/16: 9.8 |

(DATA DA COLETA: 25/12/2016 14:33)

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 12.5 - 16.0 g/l

Masculino: 13.5 - 18.0 g/l

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE **23.3 %**

Resultados anteriores: 23/12/16: 23.3 % ; 22/12/16: 23.3 %

(DATA DE COLETA: 25/12/2016 14:33)

Material: Sangue

Método: Centrifugação

Valores de Referência:

VR: Feminino: 37.0 - 47.0 %

Masculino: 40.0 - 54.0 %


Geraldo R. Fonseca Neto
Biómedico
CRBM 5010

Or(a): **WILSES SANTOS DE ALMEIDA** Protocolo: **0800315840** RG: **ALA CIRURGICA 14**
 Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **25-12-2016 14:12** Origem: **CLINICA CIRURGICA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **20 anos** Destino: **BNF 01 - L01**

HIV DUO (HIV 1 e 2 + Antígeno P24)..... Negativo

(DATA DA COLETA: 25/12/2016 14:33)

Material: Soro

Método: Triagem qualitativa para detecção de anticorpos para HIV 1/2.

Valores de Referência:
Negativo

Obs: Foi determinação do Ministério da Saúde - Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba este exame é realizado em duplicata com dois testes de triagem de diferentes marcas, que caracterizam a presença de anticorpos anti-HIV 1 e 2 e/ou anti-HIV-2, portanto, um resultado repetidamente positivo é presumível evidência da presença de um dos anticorpos ou de ambos no soro. Resultados positivos deverão ser confirmados por exames complementares (Western Blot, etc), a critério médico para confirmação do diagnóstico.

Resultados negativos devem ser analisados quanto as possibilidades de janela imunológica. Paciente em tratamento que apresenta resultado negativo, devem realizar exames complementares para determinar a carga viral, Imunofluorescência e/ou Western Blot. Somente o médico deve interpretar este exame correlacionando-o com os dados clínicos do paciente.

Segundo o fabricante (Bio-medix diagnostica, reg. ms. 103100030134, BIO PIX) o teste mostrou sensibilidade de 100% utilizando-se 137 amostras verdadeiramente positivas. De 1131 amostras verdadeiramente negativas, foi encontrado 1 resultado falso positivo. Considerando ao teste BIO PIX HIV 1 e 2 uma especificidade de 99,9%.

T2-TR DPP HIV 1/2 Bio-Ranquinhos (MS. 501422170022) A sensibilidade calculada para este teste em amostras positivas foi de 100% em 1125 testes verdadeiramente positivos realizados.

T1-Rapid Check HIV 1 e 2 (Ms. 50123410003), Núcleo de Doenças Infecciosas Universidade Federal do Espírito Santo. Sensibilidade não informada.


Geraldo R. Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM 5010

Emissor : 25/12/2016 14:59 - Página 2 de 2

Diagnóstico

trauma esplênico grau IV
politrauma.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Wlles Santos de Almeida

Leito: 1-4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/12/16	Dieta por via oral a grande Digo Dietas líquida a pasta.		# Chines Cirurgias
	1) Ser 500ml EV 4/16h.	12/16 18/16 20/16 22/16	
	2) Ringerona 1g + AD EV 6/6h	12/16 18/16 20/16 22/16	# Dispositivos: ADP
	3) Tilidatil 20mg - 01 PA + AD EV 8/8h	12/16 18/16 20/16 22/16	
	4) Injeção de 100mg + 100ml SC 09h	12/16 18/16 20/16 22/16	# Em uso: Sintomáticos
	5) Nauseodrom 8mg 01 PA + AD EV 8/8h.	12/16 18/16 20/16 22/16	
	6) Estimular a deambulação.		# Injeções: Paciente segue
	7) Soluções de exames.		intensas em todo corpo
	8) Ser 500ml EV 4/16h.		de emergência cirurgica
	9) Ringerona 1g + AD EV 6/6h		responder a AA Sono preso
	10) Dieta zero, Duodeno.		Dieta zero, Duodeno.
	11) Dieta zero, Duodeno.		avaliações D, Feitor D.
	12) Dieta zero, Duodeno.		ACV: RCR 21 BNF STS.
	13) Dieta zero, Duodeno.		AR: NUPD HTX1 9.2A
	14) Dieta zero, Duodeno.		APD: Plano, com incisão trans
	15) Dieta zero, Duodeno.		bilíaca, colono a palpável
	16) Dieta zero, Duodeno.		em região próxima a FO, sem
	17) Dieta zero, Duodeno.		sinus de untação Peritomeal
	18) Dieta zero, Duodeno.		RAA F 14
	19) Dieta zero, Duodeno.		SEUV: 50, 98% FE 74 FR 20
	20) Dieta zero, Duodeno.		Conduta:
	21) Dieta zero, Duodeno.		- Redir controle Hb e Ht
	22) Dieta zero, Duodeno.		- Serologia de HIV
	23) Dieta zero, Duodeno.		Resposta a esclerose.

GRUPO SEGURANÇA
CONTATPE

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Ranieri Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 5029

Assinatura do anestesista



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Nome: ELISSES SANTOS DE ALMEIDA	Protocolo: 0000315811	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): MARCELO SOUZA	Data: 26-12-2016 13:44	Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 20 anos	Destino: EAF 61 - L04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/12/2016 14:06]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.92 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	9,5 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	27 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	35 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.000 /mm ³	(%)	(/mm ³)	4.500 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos.....				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	2,0		240	
Segmentados.....	77,0		9.240	40 a 70 % - 1.800 a 5.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0		120	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0		0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....				
Típicos.....	17,0		2.040	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0		0	
Monócitos.....	3,0		360	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	387.000 mm ³			140.000 a 400.000 mm ³

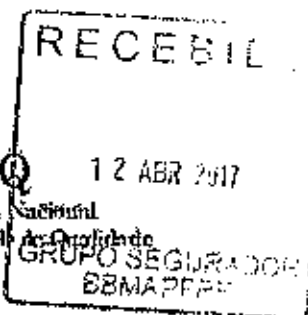
OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barros
Ana Claudia Barros
 Biomedica
 CRBM - 5793

Impresso : 26/12/2016 14:05 - Página 1 de 1



PNCQ 12 ABR 2017
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: WILSSES SANTOS DE ALMEIDA Protocolo: 0000316064 RC: ALA CIRURGICA 14
Dr(a): MARCELO SOUZA Data: 27-12-2016 10:55 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF 01 - IJA

HEMOGLOBINA 9.2

Resultados anteriores: 25/12/16: 7.9 | 23/12/16: 9.4 | 22/12/16: 9.8 |

DATA DA COLETA: 27/12/2016 11:15 |

Valores de Referência:

Material: Sangue

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/L

Masculino: 13.5 - 18.0 g/L

DATA DA COLETA: 27/12/2016 11:16 |

Valores de Referência:

Material: Sangue

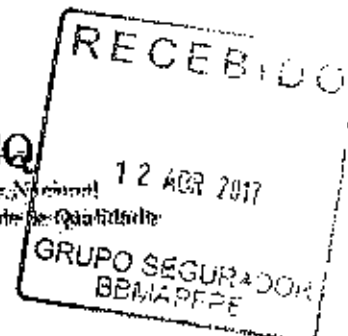
37 - 47 g/L (Nintende)

Método: Minicob

Carlos Felipe Souza de Oliveira
Diretor
CRM 5493



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	
Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Soplo () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: ____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: ____	
Abdômen: ☒ Normotenso: () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: ____	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ____ dias. () Outros: ____	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito: ml/h: ____	
Aspecto: () Outros: ____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: ____	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: ABD. Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: ____ Débito: ____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: ____ Local: ____ Descrição: ____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: ____	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo: ____	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: ____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO PSÍQUICA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ h	
Enfermeira Gláucia Maria M. Henriques COREN-PB, 545.064	

AVP 08/02/17

[illegible]

100

2000
 2001
 2002
 2003
 2004

Wagner Falcão
JORNALISMO E TRANSMISSÃO

Diagnóstico

RÁDIO-GRÁFICO

Fistula

LEITO 4-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MÉDICA

WILSSES SANTOS

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	DIH	DPC	Evolução Médica
	4	2				
Data	24/12					
1	DIETÉTICA	Prescrição Médica	Horário			
2	SFO 9% 1500ML EV / 24h		5:00 + 5:00			
3	DIPIRONA 500mg/ml - Olanco - 160 EV 6/6h		24:00			
4	OMEPRAZOL 40mg - Olanco - 15/11 ml		06			
5	NAUSESSON 1mg/ml - 2amp - 100 + 100h - SN		06			
6	FRONTAL 100mg/ml - Olanco - 300, 3% 100ml EV 8/8h - SN		06			
7	HECATEL 20 mg + AD - EV 12/12h III		06			
8	SSVV - CCGG		06			
9	Captoprilone 1g EV 12/12h		06			
10	Dr. Wagner Fátima					
11	1350x500 e 1350x500					
12	1350x500 e 1350x500					
13	1350x500 e 1350x500					
14	1350x500 e 1350x500					
15	1350x500 e 1350x500					
16	1350x500 e 1350x500					
17	1350x500 e 1350x500					
18	1350x500 e 1350x500					
19	1350x500 e 1350x500					
20	1350x500 e 1350x500					
21	1350x500 e 1350x500					
22	1350x500 e 1350x500					
23	1350x500 e 1350x500					
24	1350x500 e 1350x500					
25	1350x500 e 1350x500					
26	1350x500 e 1350x500					
27	1350x500 e 1350x500					
28	1350x500 e 1350x500					
29	1350x500 e 1350x500					
30	1350x500 e 1350x500					
31	1350x500 e 1350x500					
32	1350x500 e 1350x500					
33	1350x500 e 1350x500					
34	1350x500 e 1350x500					
35	1350x500 e 1350x500					
36	1350x500 e 1350x500					
37	1350x500 e 1350x500					
38	1350x500 e 1350x500					
39	1350x500 e 1350x500					
40	1350x500 e 1350x500					
41	1350x500 e 1350x500					
42	1350x500 e 1350x500					
43	1350x500 e 1350x500					
44	1350x500 e 1350x500					
45	1350x500 e 1350x500					
46	1350x500 e 1350x500					
47	1350x500 e 1350x500					
48	1350x500 e 1350x500					
49	1350x500 e 1350x500					
50	1350x500 e 1350x500					
51	1350x500 e 1350x500					
52	1350x500 e 1350x500					
53	1350x500 e 1350x500					
54	1350x500 e 1350x500					
55	1350x500 e 1350x500					
56	1350x500 e 1350x500					
57	1350x500 e 1350x500					
58	1350x500 e 1350x500					
59	1350x500 e 1350x500					
60	1350x500 e 1350x500					
61	1350x500 e 1350x500					
62	1350x500 e 1350x500					
63	1350x500 e 1350x500					
64	1350x500 e 1350x500					
65	1350x500 e 1350x500					
66	1350x500 e 1350x500					
67	1350x500 e 1350x500					
68	1350x500 e 1350x500					
69	1350x500 e 1350x500					
70	1350x500 e 1350x500					
71	1350x500 e 1350x500					
72	1350x500 e 1350x500					
73	1350x500 e 1350x500					
74	1350x500 e 1350x500					
75	1350x500 e 1350x500					
76	1350x500 e 1350x500					
77	1350x500 e 1350x500					
78	1350x500 e 1350x500					
79	1350x500 e 1350x500					
80	1350x500 e 1350x500					
81	1350x500 e 1350x500					
82	1350x500 e 1350x500					
83	1350x500 e 1350x500					
84	1350x500 e 1350x500					
85	1350x500 e 1350x500					
86	1350x500 e 1350x500					
87	1350x500 e 1350x500					
88	1350x500 e 1350x500					
89	1350x500 e 1350x500					
90	1350x500 e 1350x500					
91	1350x500 e 1350x500					
92	1350x500 e 1350x500					
93	1350x500 e 1350x500					
94	1350x500 e 1350x500					
95	1350x500 e 1350x500					
96	1350x500 e 1350x500					
97	1350x500 e 1350x500					
98	1350x500 e 1350x500					
99	1350x500 e 1350x500					
100	1350x500 e 1350x500					

Marcelo Souza
Residente Giorgio Geral
Cm 10289

~~2) Kisa on Mont. g. 1890~~

9

⑦ *Exilis* = *P. glomerata* (Leym. & Meyer) - *Portia* O. & M. (Nyl. 3-0)

D. longicauda

⑦ *Ruellia*: *Engelm.*, *Thell.* *caerulea*. Road along, Windsor

② I.H.E. = General ground floor as no plan (not drawn) as no plan

① PDD, A6, A7A, T, TAA, Transcribed in PDD - the

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Nome do Paciente		Wagner S. de Almeida	
Data da Operação		22.12.16	
Operador		Dr. Paulo	
1º Auxiliar		Dr. Marcelo	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Instrumentador		K. M.	
Tipo de Anestesia		Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório		TRAUMA ORELHINCO	
Tipo de Operação		AB + ESTENOSE + TUBERCAULIZAÇÃO	
Diagnóstico Pós-Operatório		TRAUMA ORELHINCO GRAU IV	
Relatório Imediato da Patologia		()	
Exame Radiológico no Ato		()	
Acidente Durante a Operação		()	



Paciente: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA Enfermaria: 04 Leito: 04 Data: 29/12/16

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☒ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☒ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			☐ Risco da desequilíbrio do volume do líquido ausente / eliminado.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Outros
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Outros
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☒ Trocar acesso venoso perfêrico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☒ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Orientar o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			
☐ Outros			

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: WILSON SANTOS DE CARVALHO Registro: _____ Letto: 01.04 Setor Atual: A. Emerg

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: _____ Obs: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

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 () Fotoreagentes () Míoticas () Midriáticas

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

Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Distasia () Disartria.

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estidor () 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 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.

Pele: ☒ Aguda () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()	Drugs vasotivas: () Quais?	ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	Alterações: () Inapetência - () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	Aspecto: () Outros:	Observações:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Relirado em: / /	Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	CUIDADO CORPORAL	Cuidado corporal: ☒ Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	SONO E REPOUSO	☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	DATA: 01/01/14	HORA: h	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: B. Maciel, Souza de Melo Enfermeiro - Especialista em PSI CONFER. 2012/11/14
--	--	-----------------------------	--	--	--	---	--	--	---	---	---	--	--	--	----------------------	--------------	-------------------------------------	--	---	--	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	---	------------------	---	--	---	----------------	--	--	---	---	-----------------------------------	---	---	-----------------	----------------	---------	---

RÁDIO DUTAL

REPORT 4-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio

Data	DIETÉTICA	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/01	2	SFO 9% 1500ml EV / 24h	12:30 - 14:30	
	4	DUPIRONA 100mg/ml-01amp. + ABD EV 6/6h	12:30 - 14:30	
	5	OMEPRAZOL 40mg - 01 FA/JEJUM	06:00	
	6	MAUSEDRON 3mg/at. -1amp. + ABD EV 8/8h - (NF)	06:00	
	7	IRAMOL 100mg/ml-01amp + SFO 0% 100ml EV 8/8h - (NF)	06:00	
	8	PLATIL 20mg + AD. EV 12/12h - (NF)	06:00	
	9	CECIL + CECIL		
	10			
	11			
	12	Dr. Wagner Falcão		
	13	ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA		
	14	2001498 3843		
	15			
	16			
	17			
	18			
	19			
	20			
	21			
	22			
	23			
	24			
	25			
	26			
	27			
	28			
	29			
	30			
	31			

GRUPO SEGURIDAD
BRIGADA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

REC'D

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wlisses Santos Almeida Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: ort.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 () Midríáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

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

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

Ruídos 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BSNAPPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Willmes Santos Registro: _____ Leito: 4-2 Setor Atual: Onf

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

Ruídos 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURANÇA
BIMAPPA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wlisses Santos Almeida Registro: Leito: 4-2 Setor Atual: OTF.

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos () D () E

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



Paciente: <i>Ulysses Santos de Almeida</i>	Idade: <i>20</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>04/10/11</i>
Procedimento: <i>Traf. Cirurgico af fixacao de paterna de radio proximal</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Antotely</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Karel</i>
Início: <i>17:10</i>	Término: <i>19:00</i>
	Anestesia: <i>Bloqueio de Plexo Braquial D</i>

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

RECEIVED

12 AUG 1977

Circular GRUPO SEGURADO
DE MAR MOD. 103

Nome do Paciente <i>Willian Gomes de Almeida</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Amistotely</i>	1º Auxiliar <i>M. Wagner</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>f. Ródio Pustulosa (D)</i>			
Tipo de Operação <i>STREPTOMISIA</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O melado</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sium (1/1) Fluoroscopia</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) Paciente em DDH sob anestesia 2) Agitação + Antagonista + Aplicação de campos elétricos 3) Incisão vertical em antebraço (D) (Via de Henry) 4) Direção por planos 5) Redução completa de f. 2 6) Aplicação de placa DCP 7 furros + 6 parafusos corticais auxiliares de fluoroscopia 7) Lavagem de f. 2 8) Sutura por planos 9) Curativo

Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Instrumentador

RECEBIDO

12/03/11

GRUPO 850

B2NAPI



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Ullisses Santos de Almeida AN: 0704/96</u>					
OI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIA	<u>Prostética el. fixação</u>		<u>20 anos</u>	<u>358262</u>	
ANESTESIA	<u>Anestesia de llexo biquinid</u>		<u>Dr. Karoline</u>		
INSTRUMENTADORA	<u>BATA</u>	<u>10/03/17</u>	<u>17:10</u>	FIM	<u>19:00</u>
GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Tratamento Luiz Gonzaga Fernandes					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. pl Oxy.		Caigut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Caigut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Caigut cromado Serlix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Caigut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Caigut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Caigut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Caigut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Penton amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml	Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml		Mononylon	(20)
	Thionembul ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrion amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 20		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	(20)
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigenio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifrix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor p/luxo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESES	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica		Bio-implante	
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Galcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Lança			
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
	Aguilha pl raque nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
() Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar					
() Serra () Eletrocautério					
() Desfibrador () Oxícaplográfico					
() Foco dental () Cardiomonitor					
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico					
ASSINANTE RESPONSÁVEL					

[illegible]


HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: WILLYES SONDOS ALMEIDA Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: U.4 Bloco 2
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

atender	atenção abdominal.			
atender	ir a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
atender	ir a registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			() Melhora da integridade da pele.
atender	ir a registrar eliminação urinária (cor, odor, consistência e/ou outros).			() Diminuição do risco de infecção.
atender	ir a registrar eliminação capilar, anotar e mediar CPM.			() Mobilidade física melhorada/eficaz.
atender	ir a registrar eliminação de náusea e vômito (anotar, mediar, CPM, reavaliar em 30 minutos).			() Melhora da perfusão tissular.
atender	ir a registrar eliminação de urina sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			() Padrão respiratório eficaz.
atender	ir a registrar eliminação de dificuldade de alimentação.			() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
atender	ir a registrar eliminação de banho de chuveiro.			
atender	banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
atender	ir a registrar eliminação de possíveis causas da dor.			
atender	ir a registrar eliminação de técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
atender	ir a registrar eliminação de características, intensidade e local da dor.			
atender	ir a registrar eliminação de alterações de sinais vitais.			
atender	ir a registrar eliminação de alterações fisiológicas conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
atender	ir a registrar eliminação de medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
atender	ir a ingestão de líquidos.			
atender	ir a registrar eliminação de reações de desorientação/confusão.			
atender	ir a registrar eliminação de condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
atender	ir a registrar eliminação de condições do curativo.			
atender	ir a registrar eliminação de estímulo a hidratação da pele.			
atender	ir a registrar eliminação de estímulo a movimentação no leito.			
atender	ir a registrar eliminação de paciente a deambular conforme apropriado.			
atender	ir a registrar eliminação de oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
atender	ir a registrar eliminação de anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
atender	ir a registrar eliminação de condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
atender	ir a registrar eliminação de balanço hídrico.			
atender	ir a registrar eliminação de o local da ferida/quadradura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos.			
atender	ir a registrar eliminação de teso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.			
atender	ir a registrar eliminação de desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
atender	ir a registrar eliminação de técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
atender	ir a registrar eliminação de tar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
atender	ir a registrar eliminação de graus do leito elevadas.			
atender	ir a registrar eliminação de paciente quando necessário.			
atender	ir a registrar eliminação de ambiente calmo e tranquilo.			
atender	ir a registrar eliminação de repouso no leito.			
atender	ir a registrar eliminação de medicação CPM.			

GRUPO 050
BBM 050

Assinatura do Enfermeiro(a):
Assinatura do Enfermeiro(a)
COREN 326.064

Alêrico

Didiêoua

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Atendimento e Prescrição de Renda Louro

Paciente	Luiz Carlos Soares da Almeida	RC Arroz	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------------------	----------	------------	-------	----------

Política	Exame físico + hemograma
Grupo IV	Exame de urina (E) e exame de fezes (E)

Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
21/12	# Cirurgia Geral H				
	# 2º DH				
	# 1º DPO de splenectomia + hemite levotomia				
	# HBA: paciente vítima de politrauma, duas				
	entradas de ferimento de um lado da				
	virilha, abdome de uma entrada distendida				
	ferida, defesa à palpação.				
	# Evolução: Paciente evolui em leito de				
	supinação, respirando sob ambiente,				
	respiração (E), diurese, pulso per SUD				
	sem alterações. Refere dor de forte				
	intensidade em região abdominal.				
	# Ao exame: GER, supine, hipotensão (21/12)				
	constricção, taquicardia, desidratado (1+1/4)				
	estabilizado, segue.				
	ACV: RC em RT, BCUS, SIS				
	BR: MV+ com AIT, SRA				
	Abdome: flaco, duplo sinal de defesa no				
	palpção suprapúbica, RHA+. SINA palpável				
	peristaltismo				
	Extermidade livres, TCC 23mg, Pulso				
	periferia e capilar, S/ edemas.				
	FO: incisão drenar, ferida bem				
	deitada, sem drenos, hemostase, drenagem				
	+ controle hemodinâmico				
	Id: Solução more 10/11				
	Ausente clareza				
	Ausente hemorragia				
	Wentido constante.				

Delegado - *du Bomm*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

梁

Paciente	M/Ms. S. de V. de	Alojamento	03	Leito	02	Convênio	
							1 - 1

[illegible][illegible]

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

02 102 12017

ASS. Bomtempo.

Hospital: Rio de Janeiro Endereço: Av. Teodoro de Faria

Paciente: Ulciano Soares da Silva
 Data da Cirurgia: 04/01/99 Nº prontuário: Convênio:
 Cirurgião: Código: ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Vitec 3.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 130 mm	Nº	16	18	20					
	Qtd	03	01	02					
	Cód								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:
 Faturar N.F para:
 Cód. do consultor: Total:
 Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

REC 000000

12/01/99

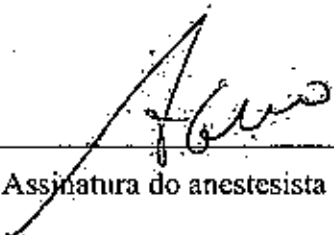


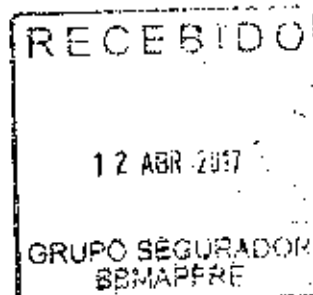
GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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


Assinatura do anestesista



DOCUMENTO 5 *T996*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

Nome WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Doc. Identidade / Foto / Função de
3994724 8808 PR

CPF 701.131.594-20 **Data Nascimento** 07/04/1996

Princípio
SEBASTIAO LAMQUINHO DE
ALMEIDA
MARIA JOSE DOS SANTOS

Atividade PERMISSÃO **ACC** 027 **OPINIAO** AD

Nº Registro 06659995629 **Validade** 14/07/2017 **Exatidão** 14/07/2016

Observações
EXERCE ATIV REMUNERADA.

Assinatura WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Local PICUI, PR **Data Emissão** 15/07/2016

Assinatura *[Assinatura]* **09530054449**
00032331363

VALIDADE 14/07/2016

VALIDADE EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL 1290119317

PROIBIDO PLASTIFICAR 1290119317

RECEBIMOS

12 Abr 17

GRUPO 3

DOCUMENTO 3 *T3*



07

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ADISTRITO FEDERAL

DE SEGURANÇA PÚBLICA

DE IDENTIFICAÇÃO

MARIA JOSE DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

22/03/1966

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

483.040.931-20

Nome

MARIA JOSE DOS SANTOS

Nascimento

22/03/1966

Emissão

SET/2009

CORREIOS

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

RG 4.830.409

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13-08-1987

947 061 1

MARIA JOSE DOS SANTOS

Julio José dos Santos

Maria Antonia da Conceição

22-03-1966

22-03-1966

1 - Cent. Nac. de Ident. 669 av. A. 350, Liv. A. 01, Pa-
raíba - PB

02-16-00-687

Assinatura do titular

2 ABR 1987

GRUPO 8

B8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - RN		Nº 011810617833
25027660/2015		91303889689
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
2	00926016047	*****
NOME/ENDEREÇO		
MARIA DAS DORES SOARES DA SILVA		
TV DIAMANTINA, 5		
JARDIM PROGRESSO		
59.000-600 NATAL/RN		
032.888.534-77		NYM6514
NOME ANTIGO		
PAULO SEBASTIÃO DE LIMA		
PLACA ANTIGA	CHASSI	
NYM6514/RN	9BD16622784930049	
TIPO DE VEÍCULO		COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/AUTOMÓVEL/NAO_APLICAVEL	ALCOOL-GASOL	
MARCA/MODELO		ANO DE FABRICAÇÃO
FIAT/UNO MILLS FIRE FLEX	2007 2008	
CAPACIDADE	CATEGORIA	CORPO DOMINANTE
5P/66CV	PARTICULAR	CINZA
COTIZAÇÕES		
MOTOR: 146E1011*7621885*		
NATAL/RN		DATA
		09/09/2015
Assinatura do Oficial de Registro		

RECEBIDO

12 ABR 2017

GRUPO SEGURADORA
BBVAPEPA



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

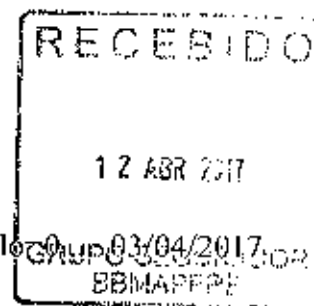
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidéz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDVONALDO DOS SANTOS SILVA		Nome da Vítima WLISSES SANTOS DE ALMEIDA	CPF da Vítima 70113159420
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDVONALDO DOS SANTOS SILVA		Nome da Vítima WLISSES SANTOS DE ALMEIDA	CPF da Vítima 70113159420
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte		Invalidiz. Permanente	
☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada	
		Outros Docos. Entregues e Observações	
		DAMS	
		☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

A

0145346117

118400



0119233

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209529 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA **Data do acidente:** 21/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209529

Cidade: Cuité

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

Data do acidente: 21/12/2016

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma esplênico.
Fratura de radio proximal à direita.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatrizes cirúrgicas em abdome (Laparotomia), e região volar do antebraço direito, ADM do MSD preservado com exceção da supinação que tem leve limitação, sem distrofias, boa força no membro.

Resultados terapêuticos: Foi atendido no mesmo dia do acidente, foi submetido a esplenectomia em caráter de urgência, permaneceu 16 dias internado. foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de Rádio, fez acompanhamento por 2 meses, fez fisioterapia.
Esplenectomia.
Osteossíntese de fratura de Radio com uso de placa e parafusos.
Evoluiu sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do MSD.
Perda integral do baço.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: WILSSES SANTOS DE ALMEIDA, brasileiro(a),
 estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR portador(a) do RG
 _____, órgão expedidor _____ e do CPF: _____, residente
 no(a) RUA AMAURI SALES DE MELLO nº 514
 bairro: CENTRO, município: BARAUNA / PB.

OUTORGADO:

Nome: MARIA JOSÉ DOS SANTOS
 brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRA Profissão: AGRICULTORA portador(a) do
 RG 1190476, órgão expedidor SEIPE e do CPF: 483.040.931-20
 residente no(a)
RUA AMAURI SALES DE MELLO nº 514
 bairro: CENTRO, município: BARAUNA / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

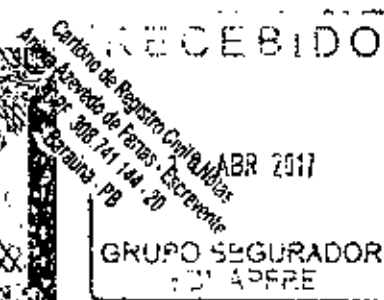
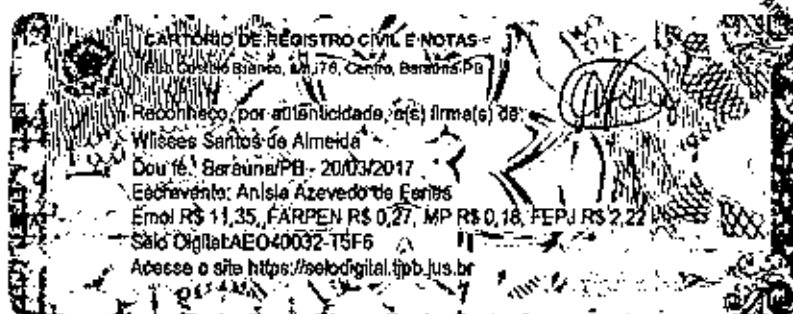
BARAUNA PB 20-03-2017

Local e Data



WILSSES SANTOS DE ALMEIDA

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

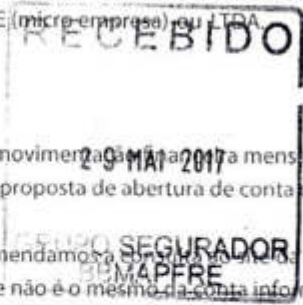
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.994.724 EXPEDIDO POR SSP PB EM 22/07/2017
CPF 701131594-20 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO RECEBE
E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8639-0

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

BARBOSA PB, 19 de MAIO de 2017 WLISSÉS SANTOS DE ALMEIDA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

0120461



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 19/05/2017

TERMINAL: 49161004

HORA: 09:51:06

CONTROLE: 491610040188

AGÊNCIA: 4916 - PICUI

CONTA: 013.00008639-0

CLIENTE: WLISSES SANTOS DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA

24/04

VALOR

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

24/04

VALOR

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

Abril

24/04 000000 REM BASICA

24/04 000000 CRED JUROS

RESUMO EM 18/05

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

RECEBIDO

29 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE