

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180158791**

Vitima: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180158791**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12653689



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180158791**

Vitima: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180158791**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Sinistro: **3180158791**

Vítima: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180158791** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta nº 12818617

A/C: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180158791 ASL-0124473/18  
Vitima: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS  
Data Acidente: 12/11/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 12946921

A/C: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180158791  
Vítima: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS  
Data do Acidente: 12/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: **EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS**

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

Banco: **001**

Agência: **000001156-8**

Conta: **000010026055-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL: **3180158791** CPF da Vítima: **031.831.684-64** Nome completo da vítima: **Expedito Tenório dos Santos**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<b>Expedito Tenório dos Santos</b>		CPF titular da conta	<b>031.831.684-64</b>	Profissão	<b>Agricultor</b>
Endereço	<b>R. José Nuno da Costa</b>		Número	<b>31</b>	Complemento	<b>Corra</b>
Bairro	<b>Centro</b>	Cidade	<b>Montesera</b>	Estado	<b>PB</b>	CEP
E-mail					<b>53431-000</b>	
					Telefone (DDD)	<b>133199880-2050</b>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRG: **1156** D/V: **8** CONTA NRG: **26.055** D/V: **0**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 BANCO Nome: \_\_\_\_\_ NRG: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA NRG: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_ CONTA NRG: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**Patos-PB, 29 de Maio de 2018**  
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

29 MAIO 2018

**x Expedito Tenório dos Santos**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25/05/2018 - BANCO DO BRASIL - 12:38:27  
115612712 0241

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: EXPEDITO TENORIO SANTOS

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 26.055-X VAR:51

=====

DATA	25/05/2018
------	------------

NR. DOCUMENTO	11.561.271.200.241
---------------	--------------------

29 MAIO 2018



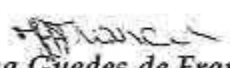


## CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2018 constatei a Ocorrência Policial nº 007/2018 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel ADJUTO DIAS DE ARAÚJO NETO, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h15min compareceu: EXPEDITO TENÓRIO DOS SANTOS, brasileiro, natural de Teixeira/PB, nascido aos 02/08/1980, filho de José Pedro dos Santos e de Rita Tenório dos Santos, residente na rua Praça José Alves da Costa nº 93 - centro - Maturéia-PB. Para informar a seguinte ocorrência: QUE o noticiante disse que na data 12/11/2017 por volta das 02:30 horas, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan ESD, ano de fabricação 2013, modelo 2014, cor vermelha, placa NQA0201/PB, chassi 9C2JC4160ER013759, licenciada em nome de Rita Tenório dos Santos, trafegando na rodovia PB 306 quando nas proximidades da zona urbana da cidade, um cavalo atravessou a pista, não havendo tempo para que o noticiante evitasse a colisão; QUE com o impacto o noticiante foi jogado no asfalto e sofreu fratura exposta no braço direito e fratura no maxilar; QUE foi socorrido pelo samu e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico. E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).-

Maturéia-PB, 26 de janeiro de 2018.

NOTICIANTE: Expedito Tenório dos Santos

  
Janduíma Guedes de França  
Escrivã Policial  
Mat:139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

07 ABR. 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Ernesto Trevino dos Santos*

CPF da Vítima

*031.831.681-64*

Data do Acidente

*12/17/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

*(33) 9 9880-2050*

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Patos - PB, 06 de Abril de 2018*

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL  
07 ABR. 2018

*X* *Ernesto Trevino dos Santos*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 09

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 12/11/17	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS	IDADE 34	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA TUBINO		Bairro	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> ACRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> DILÚCIO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> P.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

QUEIXA: MOEDA - DA MÃO

DADOS VITAIS:

VVAA ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
PA: 120 x 80 FC: FR: 37 TEMP: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2a/O2: 93 SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSUV + SF9%

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pac 37 anos, masculino, consciente, orientado, eufórico, última avaliação vital + normal, os membros imobilizados em posição rígida e passou com curativos de 1580. resfriado SSUV + 1580 B.M. evoluiu o color cervical + SF9% e resfriado 144P

07 ABR. 2018

Dr. J. J.  
03 J. J.  
03 Equip. J.

07 ABR. 2018

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ R. G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Valeria Lucia COREN: 489422 MAT: \_\_\_\_\_

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: Valeria COREN: 1103553 MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Gilberto MAT: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Exequiel Timóteo dos Santos

RG nº 26.932.509-9, data de expedição 28/03/14, Órgão 2000/RJ

CPF nº 031.331.684-64, 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 José Alves da Costa</u>
Número	<u>31</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Maturéia</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53.131-000</u>
Telefone de Contato	<u>9 9880-2050</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolândia - 06 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: Xex Timóteo dos Santos

DOCUMENTO ORIGINAL  
07 ABR. 2018

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bolero para simples pagamento da data fiscal/conta da energia elétrica: Nº 004.018.899



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DOS ANJOS SANTOS VIEIRA  
RUA JOSE ALVES DA COSTA 31  
MATUREIA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/261231-5

### REFERÊNCIA

MAR/2018

### APRESENTAÇÃO

23/03/2018

### CONSUMO

52

### VENCIMENTO

02/04/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 28,66

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

MARIA DOS ANJOS SANTOS VIEIRA

Roteiro: 14-134-230-0960

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/03/2018

### VENCIMENTO

02/04/2018


### TOTAL A PAGAR

R\$ 28,66

### MATRÍCULA

261231-2018- 03-9

07 ABR. 2018

 EMANUELLE



CTC RECIFE PE PL7

YURE PERREIRA GOMES  
RUA PASTOR EDUARDO MUDIM 226 CASA  
SANTO ANTONIO  
58701-160 PATOS PB



7210122172682920000000000530060318

Postagem: 09/03/2018  
DIG-000905

07 ABR. 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Yure Pereira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.034/66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Credito Tencório dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.831.684/64 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da vítima Credito Tencório dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.831.684/64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>R. Pastor Eduardo Mundy</u>		<u>236</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>S. Antônio</u>	<u>Patos</u>	<u>PB</u>	<u>58.701-160</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>9 9880-2050</u>

DOCUMENTO ORIGINAL  
07 ABR. 2018

Patos-PB de 06 de Abril de 2018  
Local e Data

Yure Pereira Gomes  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rita Tenório dos Santos,  
RG nº 4.98.360-4, data de expedição 18/05/1993  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 019.371.834-79, com  
domicílio na cidade de Maturéia, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Jose Jerônimo, Centro, nº 511,  
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Expedito Tenório dos Santos, cujo o condutor era  
Expedito Tenório dos Santos.

Veículo: Honda Moto

Modelo: Fan Esp

Ano: 2013

Placa: NGA0201

Chassi: 9C2JC4160ER013759

Data do Acidente: 12/11/2017

Local e Data: Patos - PB, 21/12/2017

FIRMA

X Rita Tenório dos Santos  
Assinatura do Declarante

Expedito Tenório dos Santos

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

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL  
JOÃO ALVES DE ALMEIDA  
Av. José Jerônimo, 26 - Centro  
58.737-000 - Maturéia-PB  
Adriana Jullie Araújo de Almeida  
Oficial  
Rosicleide Melo Firmine  
Escriturante Substituta

Reconheço Verdadeira POR AUTENTICIDADE a Firma de:  
RITA TENÓRIO DOS SANTOS  
Em Test. Rosicleide da Verdade.  
Maturéia - PB, 21/12/2017

Rosicleide Melo Firmine  
Rosicleide Melo Firmine

Selo Digital : AGD06468-JXA0  
Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tiob.ius.br>



DOCUMENTO ORIGINAL

07 ABR. 2018

022-35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO LAMARQUES BUIRÉ



Assim, para identificação

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



*Rita Tenório dos Santos*

07 ABR. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
OFICIAL

4989604

DATA DE NASCIMENTO

18.05.1993

Nome

RITA TENÓRIO DOS SANTOS

Nome completo

Pedro Tenório do Nascimento

Nome completo

Maria Francisca do Amor DAVILHO

Nome completo

Felipeira - PB.

Nome completo

U. Cas. N.º 4.463-Fls. 21-Lv. B-23

Nome completo

Cart. Reg. Civil - Felipeira - PB.

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N.º 7.116 DE 2009

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria de Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**RITA TENORIO DOS SANTOS**

Nº de inscrição  
**019374834-79**

Data de Nascimento  
**18/04/50**



07 ABR. 2018

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade é original e por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

**RITA TENORIO DOS SANTOS**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 08/01/97

S  
E  
P  
R  
O

SUS - HP

ESTADO DA PARAIBA - SECF - ÁREA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONE 2005473

CNPJ 08.776.266/002376

NOME HOSPITAL REGIONAL DE P. JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO RUA HOPACIO NOBRECA, S/N

CIDADE PATOS

ESTADO PARAIBA

UF 25

Atendimento ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS

Paciente RITA TENORIO DOS SANTOS

Mãe Nascimento 2/8/1980

Idade 37

Cot. PARDA

Sexo M

Profissão

Endereço

PROLETADA

Núm. SN

Bairro

CENTRO

Fone

Cidade MATURÉIA - PB - 53737-000 - 2500396

CNS

Maturéia - PB - 53737-000 - 2500396

Identidade 28.322.504-9558 PB

CPF

12111/017 04.20.41

Reg. Nasc.

Data / Hora

12/11/2017 04:20:41

Recepção 22 ROCE

Rec. Nasc.

10/2027

PESO

PA

TEMP

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MAT. AIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO  
☒ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1 - PRESENTA

☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	03	01	05	00	29
2 -					
3 -					

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

SUS - 2017 - Medic / C/m / Cns

GILVANEY JOSE VENANCIO DA SILVA - 7507 - 111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polgar Direito

CBO

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Exposito Tavoris de Jesus</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <i>21/12/12</i>	Enf.	Leito
Cirurgião: <i>M. Marcelo</i>	1º Auxiliar: <i>M. J. J.</i>	
Anestesista: <i>M. Marcelo</i>	Tipo de Anestesia: <i>Bloqueio</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<i>fratura m om do</i>		
<i>A. H. J. J.</i>		
Tipo de Cirurgia		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
<i>H. Lincofina</i>		
Exame Radiológico no Ato		
<i>o platis dele + parafin</i>		
e Durante a Cirurgia		


#### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

de Acceso - Faringe y Tórax - Ligamentos - Orogénesis - Sutura - Arterias Empregadas - Aspectos Viscerales

1. Space & on note  
2. comp. & on note  
3. in water only & with even surface  
4. Point & find cases of plastic DPs  
5. in water & on note  
6. in water & on note



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Expedito Tenorio dos Santos</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
JE	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO	
		<i>SUS</i>	<i>37</i>	<i>103227</i>		
CIRURGIÃO		<i>Warrson</i>				
ANESTESIA		ANESTESISTA				
<i>Blagueris</i>		<i>Tavio</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	HORA	FM		
		<i>13.11.97</i>	<i>09.45</i>	<i>10.35</i>		

## MATERIAL


QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilesthesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocalina a 2%	X	Esparradrapo
	Etodimideate		Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
1	Pubicovina 0,5% c/ vaso	X	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 2-0

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	PATOS		Enfermagem	Leito	Nº Prontuário	
Data: 12/11/17		Nome: Expedito Lúcio dos Santos		Idade	Sexo	Cor		
Pressão Arterial Puls: 140 x 80 / 100		Respiração: 27		Temperatura	Peso	Altura		
Hemátios		Hemoglobina		Glicemia	Ureia	Outros		
VER PRONTUÁRIO								
NDN					Asma		Bronquite	
JEJUM OK					Eletrocardiograma			
Dentes					Pescoço		Ap. Urinário	
CONSCIENTE					Alergia		Hidantônicos	
Estado Físico					Estado Físico		Risco	
MIDAZOLAM 5 Mg					Aplicado em		Efeito	
					<b>INDUÇÃO</b> Satisf. _____ Excit. _____ Tossir _____ Laringo Espasmo _____ Lento _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____			
					<b>MANUTENÇÃO</b> Cefazolina 2g    Dexamet. 8mg Efortil 10mg    Tenoxicam 20mg Dipirona 2g    Ondasetrona 8mg			
<b>DESPERTAR</b> Reflexos na SO _____ Obst. _____ EOC _____ Exc. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com cânula _____ para o leito sim _____ não _____					<b>CONDIÇÕES</b>			
NEOCAINA 0,25% + LIDOCAINA 1% 40 / LIDOCAINA 1% 20					BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL: INTERESCALENICO E AXILAR			
Dr. Távio Leal					Dr. Távio Leal Januário CRM PB 5774 Anestesiologista			



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermeiro	Leito	Nº Prontuário
Nome: <i>Excedente P. da Silva</i>		Idade: <i>37</i>	Sexo: <i>M</i>	Cidade: <i>Curitiba</i>	
Pressão Arterial: <i>80</i>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Taxa de Frequência: <i>80</i>	Hemátios	Hemoglobina: <i>11</i>	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Outros					
A. Respiratório		A. Circulatório		Eletrocardiograma	
A. Digestivo		Dentes		A. Urinário	
Estado Mental		Anestésicos		Corticóides	
Prontidão Pré-Operatória		Alergia		Hipotensores	
A. Anteriores		Estado Físico		Risco	
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada em		Efeito	
Agente Anestésico		02		INDUÇÃO	
Líquido		<i>8 B</i>		Estímulo Excit. Tosses	
200				Laringo Espasmo Letas	
240				Náuseas Vômitos	
220				Outros	
200				MANUTENÇÃO	
180				Anestesia Satisf. Sim Não	
160				Não, porque?	
140				DESPERTAR	
120				Reflexos na SO	
100				Obstr. CO2 Excit.	
80				Náuseas Vômitos	
60				Outros	
40				Com cânula	
20				para o leito sim não	
Símbolos e Anotações		XO		CONDIÇÕES	
Posição				Cânula	
Agentes		<i>Propofol 1% + fentanyl 50 µg/ml</i>			
Técnica		<i>Intubação orotraqueal</i>			
Duração		<i>10 min</i>			
Cirurgião		<i>Dr. Carlos</i>			
Anestesiologista		<i>Dr. Carlos</i>			
Observações					
Anotar no verso as condições Pré-operatórias e Pós-operatórias					

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: <i>Expediente Renório dos Santos</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JANDUHY CARNEIRO
XX	LEITO <i>03</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIÃO <i>Dr. Kadmo / Luciano</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Paulo</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA <i>05/11/17</i>	HORÁRIO <i>20:40h</i>	FIO	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<i>1</i>	TX. de Instrumentador	<i>1</i>	Equipo p/ sorb e sangue
<i>X</i>	TX. Capnógrafo	<i>1</i>	Scalp <i>001</i>
	TX. Bomba de Infusão	<i>1</i>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi <i>15</i>
<i>X</i>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<i>X</i>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<i>X</i>	TX. Sala	<i>1</i>	Seringa 5 ml
<i>X</i>	TX. Bisturi Elétrico	<i>1</i>	Seringa 10 ml
<i>X</i>	TX. Aspirador Elétrico	<i>1</i>	Seringa 20 ml
<i>X</i>	TX. Oxímetro de Pulso	<i>1</i>	Eletrodos desc.
<i>1</i>	Neocain <i>Neocain</i>	<i>1</i>	Atadura de Crepom 10cm
<i>1</i>	Nalotano <i>Nalotano</i>	<i>1</i>	Atadura de Crepom 20cm
<i>1</i>	Thionamida <i>Thionamida</i>	<i>1</i>	Atadura Gessada 10cm
	Quelcin	<i>1</i>	Sonda Uretral <i>02 / 14 / 16</i>
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
<i>1</i>	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	<i>X</i>	Esparadrappo
	Etodimide	<i>X</i>	Xilocaína Gel
	Ketalar	<i>X</i>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<i>X</i>	PVPI Tintura
	Dimorf	<i>X</i>	Gases
	Lanexat 0,5ml	<i>X</i>	Algodão Hidrófilo
	Nar... <i>Nar...</i>		Algodão Ortopédico
	Forane	<i>1</i>	Cidex <i>000030</i>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	<i>1</i>	Agulha descartável
<i>1</i>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<i>1</i>	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
<i>1</i>	Dixal <i>Dixal</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<i>1</i>	Plasil <i>Plasil</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	<i>1</i>	Nylon 30
		<i>1</i>	Nylon 40





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome		EXPEDITO TENÓRIO dos santos		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	6c		Leito 03
Cirurgião	Dr. ADAMO WANDERLEY		1º Auxiliar	Dr. Luciano Pires
Anestesiologista	Dr. TAVI		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório				
Fratura Bilateral do Mandíbula + Fratura				
Zigomático				
Tipo de Cirurgia				
Reduções e Fixações de Fratura Bilateral do Mandíbula				
e Zigomático				
Diagnóstico Pós-Operatório				
O resina				
Relatório Imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Cirurgia				

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Fática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1. Paciente em DTH
- 2. Posição Horizontal do Corpo
- 3. Incisões e Sutura
- 4. Reduções das fraturas
- 5. Placa de Mandíbula - Mandíbula
- 6. Fixação interna Zigomática
- 7. Hemostase do BWM
- 8. Sutura
- 9. Curativo

Dr. Luciano Pires de Figueiredo  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRM-1.172



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

B.M.T.

Paciente com diagnóstico de  
doença de Alzheimer. História  
de hipertensão arterial. Tratado com  
medicamentos. Evolução satisfatória.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Ademar de Moraes Cavalcanti  
CRM 10.000 - R.O. 10.000  
R. 10.000 - R. 10.000





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 103227  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)  
Servidor do Dr. \_\_\_\_\_

Ewerton Santos Andrade Filho Data/Hora 12/11/2017 06:06:31  
Cirurgia Bucodentofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/BE 1209

Paciente: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS Idade: 37 Sexo: M

Filiação: \_\_\_\_\_  
Pai: JOSE PEDRO DOS SANTOS  
Mãe: RITA TENORIO DOS SANTOS

Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: MATUREIA - PB - 58737-000 - 2509396  
Endereço: PRAÇA JOSE ALVES DA COSTA N: SN  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Fone: 83993147737

Documentos: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_  
Identidade: 26.932.504-9SSP PB  
CPF: \_\_\_\_\_  
Reg. Nasc: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_  
Nascimento: 2/8/1980  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: PEDREIRO

Responsável: A. Sebastião dos Santos Junior

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

travava na fase 1 do trabalho

Acidente de moto

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

envolvido com dor + ferimento  
+ deformidade articular

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratórios)

Ewerton Santos Andrade Filho  
Cirurgia Bucodentofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/BE 1209

Diagnóstico: lesão ligamentar nos artros da articulação

Motivo da Alta: YACIATO OCEANO P/BMP, 1000mg, 1000mg, 1000mg

Resultado: ( ) Suiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: 09/12/17

Recepcionista: ROSE

**HOSPITAL REGIONAL DE PATOS**

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Prontuario

103227

Ocorrência

ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Ewerton Santos Andrade Filho Data/Hora

12/11/2017 06:05:31

Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Servidor do Dr.

Paciente

EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS

ALTA

Idade 37 Sexo M

Filiação

Pai

JOSE PEDRO DOS SANTOS

Mãe

RITA TENORIO DOS SANTOS

Endereço

Cidade

MATUREIA - PB - 58737-000 - 2509396

Endereço

PRAÇA JOSE ALVES DA COSTA

Bairro

CENTRO

Naturalidade

Fone

83993147737

N. SN

Documentos

CNS

Identidade

26.932.504-9SSP PB

CPF

Reg. Nasc.

Informações adicionais

Nascimento

2/8/1980

Cor

PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Profissão

PEDREIRO

Responsável

A. Sebastião dos Santos Almeida

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

fratura na face e no antebraço (B)

Acidente de moto.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

envolvido com dor + ferimento  
+ deformidade antebraço

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Ewerton Santos Andrade Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Diagnóstico

fratura exposta nos ossos do antebraço (B)

Motivo da Alta

FACILITE O CUIDADO P/BUF, RECOMENDAR DOBROAR

Resultado

( ) Saiu Curado

( ) Melhorado

( ) Falecido

( ) Transferido


Em

09.12.17

Receptorista

ROSE

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Expediente Tenorio dos Santos					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE  HOSPITAL REGIONAL CEP. JACUHY CARNEIRO
37	LETO: 03	CONVÊNIO: SVS	IDADE: 37	REGISTRO: 303227	
CIRURGIÃO: Dr. Marcelos Serapim		ANESTESIA: Dr. Marcone			
P. 2 TRATAMENTO: 21-11-17		INÍCIO: 18:30			
FIM: 19:50					

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcolin	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefaletina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	

F. V. V. 1



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) EXPANNO PEREIRA DOS SANTOS portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S02.6 + S02.4, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
( TRINTA ) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 09/12/17

Ewerton Santos Andrade Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 103227

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Ewerton Santos Andrade Filho Data/Hora 12/11/2017 06:06:31

Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Servidor do Dr.

Paciente: EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS

Idade: 37 Sexo: M

Filiação

Pai: JOSE PEDRO DOS SANTOS  
Mãe: RITA TENORIO DOS SANTOS

Endereço

Cidade: MATUREIA - PB - 58737-000 - 2509396  
Endereço: PRAÇA JOSE ALVES DA COSTA  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade:  
Fone: 83993147737

N: SN

Documentos

CNS:  
Identidade: 26.932.504-9SSP PB  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 2/8/1980  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: PEDREIRO

Responsável

*Resposta em nome do pai*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*trauma na face e no antebraço*

*Acidente de moto*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*envolvido com dor e ferimentos  
+ deformidade antebraço*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratórios)

Ewerton Santos Andrade Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Diagnóstico

*trauma exposto nos ossos do antebraço*

Motivo da Alta

*YACINTO OLIVEIRA P/BMP, RES. PATOS DOB. 11/11/17*

Resultado

☒ Saiu Curado ☐ Melhorado ☐ Falecido ☐ Transferido Em: 09/12/17

Recepcionista

ROSE



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Exposito Tavoris de Souto		Nº prontuário
Data da Cirurgia	21/11/11	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. Marcelo	1º Auxiliar	Dr. J. T.
Anestesista	Dr. Marcove	Tipo de Anestesia	Bloqueio
Diagnóstico Pré-Operatório	—		
Tipo de Cirurgia	Fistula no rim do A. H. S. S.		
Diagnóstico Pós-Operatório	...		
Relatório Imediato do Patologista	H. C. S. S.		
Exame Radiológico no Ato	e placas de L. e parafusos		
te Durante a Cirurgia			


## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso — Técnica e Técnica — Ligaduras — Drenagem — Sutura — Materiais Empregados — Aspectos Visuais

1) Fim de a. n. t. l. l.  
2) Fim de a. n. t. l. l.  
3) Fim de a. n. t. l. l. e L. H. S. S. com abscisão  
4) Fim de a. n. t. l. l. e L. H. S. S. e placas de L. e parafusos  
5) Fim de a. n. t. l. l. e L. H. S. S.  
6) Fim de a. n. t. l. l. e L. H. S. S.



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Expedito Tenorio dos Santos</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
JE	LEITO	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>37</i>	REGISTRO <i>103227</i>	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO	
CIRURGIÃO <i>Wagner</i>		ANESTESISTA <i>Tavio</i>				
CIRURGIÃO <i>Wagner</i>		ANESTESISTA <i>Tavio</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA <i>12.11.17</i>	INÍCIO <i>09.45</i>	FIM <i>10.35</i>		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicln		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidade	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5% <i>c/ Vaso</i>	X	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar...n		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<i>Nylon 2.0</i>


FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	PATOS		Endereço	Leito	Nº Prontuário
Nome		Expedito Lúcio dos Santos			Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão Arterial Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
12/11/17	140 x 80 / 100	27					
Teste Sangüíneo	Hemátio	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria	Outros	
VER PRONTUÁRIO							
A. Respiratório					A. Cardíaco		
NDN					Eletrocardiograma		
A. Digestivo					A. Urinário		
JEJUM OK							
A. Estado Mental					A. Alergia		
CONSCIENTE					Hipertensão		
A. Estado Pré-Operatório					Estado Físico		
M. Causa Pré-Anestésica					Efeito		
MIDAZOLAM 5 Mg							
					INDUÇÃO		
					Sinal _____ Excit _____ Tossir _____ Laringo Espasmo _____ Lento _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____		
Sumários e Anotações 98%					MANUTENÇÃO		
					Cefazolina 2g    Dexamet. 8mg Efortil 10mg    Tenoxicam 20mg Dipirona 2g    Ondasetrona 8mg Anestesia Sinal _____ Não, porque? _____ DESPERTAR Reflexos na SO _____ Obst _____ CO2 _____ Exc _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com cânula _____ para o tabletim _____ não _____ CONDIÇÕES		
Anestésico: NEOCAINA 0,25% + LIDOCAINA 1% 40 / LIDOCAINA 1% 20					Causa		
Bloqueio Plexo Braquial: INTERESCALENICO E AXILAR							
Assinatura: <i>Dr. Távio Leal</i>							
Assinatura: <i>Dr. Távio Leal</i>							
Assinatura: <i>Dr. Távio Leal</i>							

Dr. Távio Leal Januário  
CRM PB 5774  
Anestesiologista



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermeiro	Leito	Nº Prontuário
Paciente: <i>Exatidão P. J. da Silva</i>		Idade: <i>37</i>	Sexo: <i>M</i>	<i>Curitiba</i>	
Tempo de internação	Presença de sinais vitais	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hematócrito	Glicemia	Uria	Outros
A. Respiratório					
A. Circulatório					
A. Digestivo					
Estado Mental					
Pré-anestesia					
A. Urinário					
A. Endócrino					
A. Neurológico					
A. Outros					
Medicação Pré-Anestésica					
Aplicação					
Efeito					
INDUÇÃO					
Estim. Excit. Tosses					
Laringe Espasmo Lenta					
Náuseas Vômitos					
Outros					
MANUTENÇÃO					
Anestesia Satisf. Sim Não					
Não, porque?					
DESPERTAR					
Reflexos na SO					
Obstr. CO2 Excit.					
Náuseas Vômitos					
Outros					
Cum. cânula					
para e não sim não					
CONDIÇÕES					
Cânula					
Sinais vitais					
Agentes					
Técnica					
Duração					
Complicações					
Anestesia					
Utensílios					
Assinatura do médico					

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: <i>Expediente Tomaria dos Santos</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
SEX: <i>M</i>	LEITO: <i>03</i>	CONVÊNIO: <i>SUS</i>	IDADE:	REGISTRO:	
CIRURGIÃO: <i>Dr. Kadmo/Leandro</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Paulo</i>			
ANESTESIA: <i>geral</i>		INSTRUMENTADORA:			
DATA: <i>15/11/17</i>		HORA: <i>20:40h</i>		FIM:	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<i>1</i>	TX. de Instrumentador	<i>1</i>	Equipo p/ soro e sangue
<i>X</i>	TX. Capnógrafo	<i>1</i>	Scalp <i>100/10</i>
	TX. Bomba de Infusão	<i>1</i>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>15</i>
<i>X</i>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<i>X</i>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<i>X</i>	TX. Sala		Seringa 5 ml
<i>X</i>	TX. Bisturi Elétrico	<i>1</i>	Seringa 10 ml
<i>X</i>	TX. Aspirador Elétrico	<i>1</i>	Seringa 20 ml
<i>X</i>	TX. Oxímetro de Pulso	<i>1</i>	Eletrodos desc.
<i>1</i>	Nesogin <i>1000mg</i>	<i>1</i>	Atadura de Crepom 10cm
<i>1</i>	Ralotano <i>500mg</i>	<i>1</i>	Atadura de Crepom 20cm
<i>1</i>	Thionexbutal <i>200mg</i>	<i>1</i>	Atadura Gessada 10cm
	Quelicin	<i>1</i>	Sonda Uretral <i>10-14-16</i>
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	<i>X</i>	Esparadrapo
	Etodimide	<i>X</i>	Xilocaina Gel
	Ketalar	<i>X</i>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<i>X</i>	PVPI Tintura
	Dimorf	<i>X</i>	Gases
	Lanexat 0,5ml	<i>X</i>	Algodão Hidrófilo
	Narcon	<i>1</i>	Algodão Ortopédico
	Forane	<i>1</i>	Cidex <i>100ml 30</i>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	<i>1</i>	Aguilha descartável
<i>1</i>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<i>1</i>	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
<i>1</i>	Dixtal <i>100mg</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<i>1</i>	Plasil <i>100mg</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<i>1</i>	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

*1 Nylon 30*  
*1 Nylon 40*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome <i>EXPEDITO TENÓRIO dos Santos</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>05/12/17</i>	Enf. <i>6c</i>	Leito <i>03</i>
Cirurgião <i>Dr. ADMO WANDERLEY</i>	1º Auxiliar <i>Dr. LUCIANO PINES</i>	
Anestesiista <i>Dr. TAVI</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura Bilateral de Mandíbula + Fratura Zygomatic</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Redução e Fixação de Fratura Bilateral de Mandíbula + Zygomatic</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O. normal</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato <i>NS</i>		
Acidente Durante a Cirurgia <i>NS</i>		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- ☒ Paciente em DHA
- ☒ Injeção Hebêntica do Cérebro
- ☒ Incisão em Z-plast
- ☒ Redução das fraturas
- ☒ Placas e parafusos - Mandíbulas
- ☒ Fixação interna nasal
- ☒ Drenagem do BMM
- ☒ Sutura
- ☒ Curativo

Dr. Luciano Pires de Figueiredo  
Cl. Boca-Maxila-Facial  
CRM-PA 1.171



## REQUISICÃO DE PARECER

**NOME:**

DA CLÍNICA  
A CLÍNICAENFERMARIA  
LETO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

## DATA

ASSINATE RACIO MEDICO CONSULTANTE


**PARECER:**

1981-8

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Expediente Tenorio dos Santos					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JACUHY CARNEIRO
21	LEITO: 03	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 37	REGISTRO: 303227	
CIRURGIÃO: Dr. Américo dos Anjos		CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Serapim			
ANESTESIA: Bloqueio Pbx		ANESTESISTA: Dr. Marcone			
PLANTAS/INSTRUMENTAL: Sifone		DATA: 01-11-17	INÍCIO: 18:30	FM: 19:50	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scaip
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Mesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Nar. 1	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefaletina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Hygon 2-0

F. MACIEL 1



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) EXLENDO TELSON DO NASCIMENTO portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S02.6 + S02.4, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
( TRINTA ) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 09/12/17.

Ewerton Santos Andrade Filho  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

## AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0330

Polegar Direito

*Expedito Tenório dos Santos*

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

26.932-504-9

DATA DE EMISSÃO 28/03/2014

EXPEDITO TENÓRIO DOS SANTOS

PRIMEIRO NOME JOSÉ PEDRO DOS SANTOS

RITA TENÓRIO DOS SANTOS

NACIONALIDADE PARAIBA

DATA DE NASCIMENTO 02/08/1980

FLS 239

PS

TERM 9806

02 VN

001

LEI Nº 7.116 DE 20.06.73

07 ABR. 2018



07 ABR. 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGAR  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

Nome  
 YURI PEREIRA GOMES

SOC. ECONOMICA / OUTRO TITULO DE  
 3256218 SSP RJ

CPF 096.417.024-66 DATA NASCIMENTO 03/11/1987

FUNCAO  
 ARLINDO JOSE GOMES  
 TEMOTE  
 MARIA DO SOCORRO  
 PEREIRA GOMES

NOME DO TITULO  
 971913480

NOME DO TITULO  
 O TITULO DO TITULO

NOME DO TITULO  
 04021731727

NOME DO TITULO  
 30/10/2019

NOME DO TITULO  
 26/11/2009

07 ABR. 2018

BILHETE DE SEGURO PRIVAT

RITA TENORIO DOS SANTOS

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

039374006.dpva@segurodotransito.com.co 0201/1/11  
SAC DPVAT 0800 022 1204

MR. J. A. TENORIO DECS. 27/11/02

Содержание

-RENEWAL-

MARCIA, MODELO

103

01037483479

MOOREHEAD / TD

10656256885... PRENIO KRIPALIO AN ESU

FMS (FBI)	9	9C2AC4160ER013759	COLO DO SECUR (FBI)
2013			

076.455.1000

CDT# UNICA	PAQUETES E LUBR	4 PONT DE ENTREGA
	<input type="checkbox"/> PARCELA	

SEGURADORA LIDER - PRIVAT

CNPJ 08.240.500/0001-04  
www.editoradonorde.com.br

36838-0955092720160506

JAN-2016

07 ABR. 2018

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB

Nº 012650136458

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VI- COD. RENAISS. 1-211-1011/1012-2-EXERCICIO

1	06562568845	607000000000	2016
---	-------------	--------------	------

RITA TENORIO DOS SANTOS

01937483472 MONCZOL/PE

[illegible]

MARCA/MODELO		AÑO FAB.	AÑO MOD.
<hr/>			

MDA/CG 125 FAN ESD	2013	2014
--------------------	------	------

—CAP/PGT/Ce—  
—CA<sup>2+</sup>EGGm—  
—DOA PREDOMINANTE—

2 P/124 /CI	PAKIST	VERMELHA
-------------	--------	----------

— COSTA UGICA —  
— SENAO COSTA UGICA —  
— VENEZUELA —

TPM: PAGO EM: 29/02/2016

PARCELA 149 V.A.	PARCELA 150 V.A.	2
PARCELA 151 V.A.	PARCELA 152 V.A.	2
PARCELA 153 V.A.	PARCELA 154 V.A.	2
PARCELA 155 V.A.	PARCELA 156 V.A.	2
PARCELA 157 V.A.	PARCELA 158 V.A.	2
PARCELA 159 V.A.	PARCELA 160 V.A.	2
PARCELA 161 V.A.	PARCELA 162 V.A.	2
PARCELA 163 V.A.	PARCELA 164 V.A.	2
PARCELA 165 V.A.	PARCELA 166 V.A.	2
PARCELA 167 V.A.	PARCELA 168 V.A.	2
PARCELA 169 V.A.	PARCELA 170 V.A.	2
PARCELA 171 V.A.	PARCELA 172 V.A.	2
PARCELA 173 V.A.	PARCELA 174 V.A.	2
PARCELA 175 V.A.	PARCELA 176 V.A.	2
PARCELA 177 V.A.	PARCELA 178 V.A.	2
PARCELA 179 V.A.	PARCELA 180 V.A.	2
PARCELA 181 V.A.	PARCELA 182 V.A.	2
PARCELA 183 V.A.	PARCELA 184 V.A.	2
PARCELA 185 V.A.	PARCELA 186 V.A.	2
PARCELA 187 V.A.	PARCELA 188 V.A.	2
PARCELA 189 V.A.	PARCELA 190 V.A.	2
PARCELA 191 V.A.	PARCELA 192 V.A.	2
PARCELA 193 V.A.	PARCELA 194 V.A.	2
PARCELA 195 V.A.	PARCELA 196 V.A.	2
PARCELA 197 V.A.	PARCELA 198 V.A.	2
PARCELA 199 V.A.	PARCELA 200 V.A.	2

通風換氣裝置	0	3+
--------	---	----

INDICAFIÃO (R\$) — OF. F5 — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

SECRET - FIVE D - 29/02/2016

QUESTIONS

IM RESERVA DE EXMPIO

100

0

LINEAR ———— GAIN ————

08/05/2013 10:50:15

41947 2503

1990





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180158791 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO MAIS TRAUMA CRÂNIO FACIAL

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO DIREITO EM 1 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA DO PUNHO GRAU I.  
AO EXAME DA FACE: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM HEMI FACE DIREITA (2+/4+), ALÉM DE DOR E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM HEMI FACE DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA EM FACE DE FORMA RESIDUAL E DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180158791 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180158791 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.  
FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180158791 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO TENORIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO MAIS TRAUMA CRÂNIO FACIAL

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO DIREITO EM 1 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA DO PUNHO GRAU I.  
AO EXAME DA FACE: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM HEMI FACE DIREITA (2+/4+), ALÉM DE DOR E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM HEMI FACE DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA EM FACE DE FORMA RESIDUAL E DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Expedito Tenório dos Santos  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 26.932.504-9 CPF: 031.831.684-64  
Endereço: R. José Alves da Costa, 31, Centro, Patos/PB

### OUTORGADO:

Nome: Yuri Pereira Gomes  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3.260.218 CPF: 086.417.024-66  
Endereço: R. Pastor Eduardo Mundy, 266, 3º Andar - Patos/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Expedito Tenório dos Santos

Local e data

DOCUMENTO ORIGINAL  
07 ABR. 2018

ALDO XAVIER

Xpedito Tenório dos Santos

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: EXPEDITO TENÓRIO DOS SANTOS

Em testada verdade, Patos-PB 06/04/2018 10:23:09  
Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto  
[2018-003378] EMI: R\$ 89,48 TAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,42  
SELO DIGITAL: A0551755-JUZ6  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

3º OFÍCIO DE NOTAS  
SERVIÇO NOTARIAL  
ALDO XAVIER