

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA LUCENA SIMÕES,  
RG nº J352505, data de expedição 30/12/1987  
Órgão SCFPB, portador do CPF nº 251.407.369-20, com  
domicílio na cidade de SANTA TERESINHA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PROJETAPÁ, nº \_\_\_\_\_,  
complemento CAMP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ROGENIO ALVES GOMES, cujo o condutor era  
HELTON JONAS BEZERRA LUCENA.

Veículo: MOTO/CICLETA.

Modelo: CG J60 FAN ESDT

Ano: 2015

Placa: QFW4529

Chassi: 9C2KC22006RJ05227

Data do Acidente: 30/10/2017

Local e Data: PATOI-PB, 30 DE ABRIL 2018.



X Antonia Lucena Simões

Assinatura do Declarante

X Helton Jonas Bezerra

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



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Pedro dos Santos, 164, Centro, Santa Teresinha

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) da:

ANTONIA LUCENA SIMÕES

Dou fé: Santa Teresinha/PB - 30/04/2018

Notário: João Rufino de Lucena

Selo Digital:AGS89701-U0II

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

Emol R\$ 9,23 FARPEM R\$ 0,24 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70

16 MAIO 2018

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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 fazenda 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 VANESSA SAMARA FENTINA LEMMO inscrito (a) no CPF/CNPJ 083 436 954 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROGENIO ALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o N° 040.387.789 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROGENIO ALVES GOMES, inscrito (a) no CPF sob o N° 040.387.789 / 95, 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 Lider-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
Rua Alcione Medeiros		SN	Cm
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Paraná	RATOS	PB	58700-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
VANESSA.SAMARA@LIVE.COM		(83) 3.851.1409	

Local e Data

1703-09.12 de MARÇO de 2018

Assinatura do Declarante



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundária de carta.

Aplicar para variação da fatura anterior na utilização de energia elétrica N° 005.891.577



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crisânto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-035  
CNPJ 03.295.183 / 0001-43 Insc. Est. 16.215.223-0

### DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA SILVA DANTAS  
RUA ALAIDE MEDEIROS SN.  
PATOS

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1444840-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	30/04/2018	69	08/05/2018	R\$ 56,30

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



SANDRA MARIA SILVA DANTAS

Rateiro: 18-118-460-1760  
83670000000-8 56380054000-2 14448402018-1 04300118019-0



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
08/05/2018 R\$ 56,30 1444840-2018-04-3

16 MAIO 2018



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 <i>Rogério Alves Gomes</i>	CPF da Vítima <i>040.387.784-95</i>	Data do Acidente <i>17/02/2017</i>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Vanessa Scaramella</i>	CPF do Representante Legal <i>68319-8851-3409</i>
---	--

E-mail:  
*vanessa.scaramella@uol.com*

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 preconceituoso 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 da 61º 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.

16 MAIO 2018

*JATOJ-PB* 24 de ABRIL de 2018.  
Local e Data

*Rogério Alves Gomes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

16 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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



SAMU  
192

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:** 05A

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:**

DATUM	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO		
87/02117		José Gomes Alves	43	<input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM		
LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR				
BR 361, Patos	Centro	Conselho Geraldo C. Lameira				
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 AGRAVIO:**

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<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"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input 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 CARDIÁCA	<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

OUTROS

## **TRANSPORTE SECUNDÁRIO → DESTINO**

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

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

Apoio da USB II (SANTA TERESINHA), fratura secundária a acidente automobilístico.

**DADOS VITAIS:**

VVAAs:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg

Digitized by srujanika@gmail.com

P.A.: 100 X 80 FC: FR: 95 TEMP.: 36.5 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com s: SpO2s/O2: 100 SpO2c/O2: 100

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

16 MAIO 2018

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intraorais Diminuída  Comunicação verbal Prejudicada  Confusão Aguda  Deambulação Prejudicada  Débito Cardíaco Diminuído  Desobstrução Ineficaz das VVAAs  Diareflexia Autônoma  Dor Aguda  Hipertermia  Hipotermia  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância a Atividade  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz  Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz  Perfusion Tissular Renal Ineficaz  Termorregulação Ineficaz  Troca de Gases Prejudicada  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Deficientes  Volume Excessivo de Líquidos  Náuseas  Retenção Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Intereração Social Prejudicada  Incontinência Intestinal  Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros:

#### **INTERVENÇÕES:**

SSUU + Mobilização correta do paciente + qualificação dos Médicos interventionista e o paciente segue as HRÉ.

## **EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

Paciente 43 anos, sexo masculino, consciente, orientado, vítima de queda de moto. Foi solicitado o apoio da VSAF, suspegar se o vício que o paciente esteve extenuado, com exacerbações e possível fractura em punho @. Foi imobilizado, tratado pelo M! e liberado para seguir na UBS 13 para





# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

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

## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:



### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
17/01/17		Rogério Alves Cunha	43	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
R. General Luiz Camboriú		BR 361	Alencar Digo (Kaio)	
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:			
OTR:	<input type="checkbox"/> SORRIDO POR TERCEROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:			

### TÍPO DE AGRADO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/DETERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUBAÇO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES FÉRMICAS	

### ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA/ARTIGRITES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRAÇÔRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP

RESPONSÁVEL:

CHAMADA:

## MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO:

EXAMES CLÍNICOS PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS

EXAMES CLÍNICOS PRINCIPAIS

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LUGAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

## EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Exame clínico + Exame de sangue + Exame de urina

## DADOS VITAIS

VPA:  Limpa  Ocostruída / RESPIRAÇÃO:  >30pm  <30pm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mmHg  <80mmHg

PA: 140x80 FC: FR: 81 TEPI: 36°C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com: 13 SpO2sO2: 97 SpO2sO2: 97

## DISTINUTIVADA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

16 MAIO 2018

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intrínseca Diminuída  Comunicação Verbal Prejudicada  Concreto Aguda  Desinibição Prejudicada  Distância Óptimal  Desobediência Ineficaz das WAA  Discrença Autonome  Elas Agidas  Hipertensão  Hipotensão  Inabilidade da Pele Prejudicada Central Ineficaz  Perda Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perda Tissular Gastrointestinal Ineficaz  Perda Tissular Renal Ineficaz  Perda Tissular Ineficaz  Dano de Gases Prejudicado  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Dificultoso  Volume Excessivo de Líquidos  Flusso Ineficaz  Retenção Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Adaptação Social Prejudicada  Inconveniente Ineficaz  Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros

## INTERVENÇÕES

55VV + AVP SR + enxerto vascular de perna na perna

## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino 43 anos, vítima de colisão moto com animal, consciente, vêres exames MS + MASI + Fim de MS (punhal), fez enxerto vascular de perna na perna, medico AVP + SR, cemel aberto e transperte no HRP. No decorrer do transporte em avião civil, apresentou soproto de rotina com exame de rotina respeitável, foi solicitado exame de USA, no decorrer do percurso, onde a mesma chegou com <sup>exames</sup> enxerto vascular e o mesmo falou que não tinha necessidade de USA, fez alguma <sup>avaliação</sup> e mandou regressar o paciente ao HRP, ao chegar ao HRP o paciente conseguiu se locomover

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)	
01 jelen 22	01 latex
01 SR	01 cateter
Gaze	01 Equipo novo
01 ampolador	02 atadura

E.C.G.

NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO  SONOLÉNCIA  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/ORTOBRAGUEL  CÁMLA OROFARÍNGEA  CRICOTIROIDOSTÔMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INHALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O<sub>2</sub>)  DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA  DESFISSILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  DURATIVO  
 PUNÇÃO VENOSA  SÔNDA GÁSTRICA  SÔNDA VESICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL  
 TALASSESTÁTICA  OROTRAQUEAL  OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

ANP + SR + amelitizogar de jardha

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS 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  ELEVAÇÃO DA CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

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

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

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: Karen CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_ Regalado

ENFERMEIRO(A): Renato COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_ Renata Pereira Gonçalves

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_ Enfermeira

CONDUTOR: Antônio COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_ COREN 380622

16 MAIO 2018



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

## CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1771/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SEIS (26)** dias do mês de **ABRIL** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. RÔNIS FERNANDES FEITOSA**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ROGÉRIO ALVES GOMES**, brasileiro (a), RG: 1.798.325 SSDS/PB, CPF: 040.387.784 95, natural de Santa Teresinha/PB, data de nasc. 07/09/1973, Filho (a) de Iolanda Gomes de Oliveira Alves e de Sebastião Alves de Sousa, Residente na Rua Geraldo Luiz Camboim, nº 165, bairro Centro, Santa Teresinha/PB, Tel.: (83) 9. 81025175, a fim de notificar o seguinte:

=====  
Que, no dia (17/02/17) por volta 23h30min o declarante trafegava na BR 361 na entrada do município de Santa Teresinha/PB, na garupa de uma motocicleta que estava sendo pilotada por HELTON JONAS BEZERRA LUCENA, RG (3228149 SSP/PB e CPF 078.834.844 27); Que a motocicleta era UMA (01) HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA QFW 4529/PB, CHASSI: 9C2KC2200GR105227, RENAVAM 01071791491, COR VERMELHA, ANO 2015/16, licenciada em nome de Antonia Lucena Simões; Que o declarante diz que foi surpreendido por um animal (jumento) que estava atravessando a BR 361; Que o declarante diz que tentou desviar do animal, porém não conseguiu; Que o declarante diz que no momento do impacto caiu da garupa da moto ficando desacordado após a colisão; Que em seguida o SAMU foi acionado para prestar os primeiros socorros e em seguida foram encaminhados ao HRP da cidade de Patos/PB onde se constatou fraturas pelo corpo.  
=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

**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 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Rogério Alves Gomes

Helton Jonas Bezerr  
Patos/PB, 25 de Abril de 2018.

**Hermando Barbosa Rodrigues**  
Agente de Investigação  
Mat.: 168.548-1

**DOCUMENTO ORIGINAL**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA CIRCULAR SUSEP 445/12

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.

Fabricatório 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).

**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 (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Seletivo da ASL	CPF da Vítima 040.384.784-95	Nome completo da vítima ROGÉRIO ALVES GOMES
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>		
Nome ROGÉRIO ALVES GOMES	CPF 040.384.784-95	Endereço Complemento CEP UF CEP Telefone (DDDD) (87) 3.8651-8409
Endereço RUA GERALDO LIMA PAMBOLIM Bairro CENTRO	Plano SN	UF PB
E-mail DANIELA SAMARA@UFC.COM	Extenso 0000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DFVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, o laudo de perícia médica criminal que atesta a autenticidade das amostras de sangue.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REFUSO INFORMAR		SEM REINDA	ATÉ R\$ 1 MILHÃO	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> REINDA INFORMADA		<input type="checkbox"/>	ATÉ R\$ 1.000,00	ATÉ R\$ 3.000,00
<b>X CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Anoteira semelhante)				
BRADESCO (217)    BANCO DO BRASIL (2051)    ITAÚ (3412)				
<b>X AGENCIA ECONÔMICA FEDERAL (1141)</b>				
AGÊNCIA	LIVRE	CONTA	0043 337598 3	
Depois de assinado, este documento volta ao seu dono.				

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

Patos-PB 24 de Abril do 2018.  
Linal e Data

Fábio Henrique Alves Gomes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TABLE OF CONTENTS

16 MAIG 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



16 MAIO 2018

---

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO ALVES GOMES**

Nº Sinistro: **3180227539**

Vitima: **ROGERIO ALVES GOMES**

Data do Acidente: **17/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

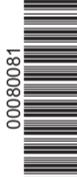
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180227539**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO ALVES GOMES**

Nº Sinistro: **3180227539**

Vitima: **ROGERIO ALVES GOMES**

Data do Acidente: **17/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180227539**.

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**



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta n°: 12951093

A/C: ROGERIO ALVES GOMES

Nº Sinistro: 3180227539  
Vitima: ROGERIO ALVES GOMES  
Data do Acidente: 17/02/2017  
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: ROGERIO ALVES GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000177598-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO ALVES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 00000177598-3

---

Nr. da Autenticação 34539644B38A4DAD

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Rogerio Alves Gomes, inscrito no CPF/MF sob o nº 040.387.784-95 e RG J798325, SSP/PG, residente e domiciliado junto a Rua Geraldo Lutz emboim, SN bairro Centro, cidade de Santa Terezinha - PG, CEP nº 58720-000.

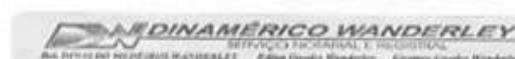
**OUTORGADA:** VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, com escritório profissional situado na Rua Alaíde de Medeiros, S/N, Bairro Jatobá, cidade de Patos-PB, CEP 58700-970, e endereço eletrônico [gabarraleandroadv@gmail.com](mailto:gabarraleandroadv@gmail.com). Telefone (83) 9.8851-1409/ 9.9910-3948.

**PODERES:** Concede poderes especiais do 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, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

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

Ratos, PG  
281 Abril de 2018.

 Rogerio Alves Gomes  
OUTORGANTE



Rua Dinâmico Wanderley, Edifício Góias, Centro, Patos - PB, CEP 58700-000

Tel: (83) 3421-2225 | Fax: (83) 3421-2209

E-mail: [info@dinamericowanderley.com.br](mailto:info@dinamericowanderley.com.br)

Site: [www.dinamericowanderley.com.br](http://www.dinamericowanderley.com.br)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

ROGERIO ALVES GOMES

ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCREVENTE

(2018-008922)EMOL:R\$ #9,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGV46491-VDT7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.nob.br>



16 MAIO 2018

16 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180227539      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO ALVES GOMES      **Data do acidente:** 17/02/2017      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 04/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO,  
FRATURA DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAL ( ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO,  
TRATAMENTO CONSERVADOR DA FACE,  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO E CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM do médico:** 52.35988-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE		DETTRAN - PB		Nº 013747608484	
		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
		P.R.I. 20170400023990-1			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO		
1	0107179149-1	00/00000000	2017		
NOME ANTONIA LUCENA SIMOES					
CPF / CNPJ 25140736420		PLACA QFW4529/PB			
PLACA ANT. U.F. NOVO PB		CHASSI 9C2KC2200GR105227			
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLICA		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL.			
MARC / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI		ANO FAB. 2015		ANO MOD. 2016	
CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI		CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA ÚNICA FAIXA IPVA *****		VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC / COTAS 1* 2* 3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO *****		IPF (R\$) SEGURADO		PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IPF (R\$) SEGURADO		DATA DE PAGAMENTO 03/10/2017	
OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA					
REST. BEN. TRIBUTARIO SANTA TERESINHA - PB		DATA 26/10/2017		41033	
36838				41033	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747608484 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 26/10/2017	
VIA	CPF / CNPJ 25140736420	PLACA QFW4529/PB	
RENAVAM 01071791491	MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI	Nº CHASSI 9C2KC2200GR105227	
ANO FAB. 2015	DATA INSC. 9		
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IPF (R\$) SEGURADO	TOTAL X SERVIÇO FEZ SEGUINDO (R\$) PAGO	
3 COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DEQUITACAO 03/10/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.249.608/0001-04			

41033-1030478-20171026

16 MAIO 2018

16 MAIO 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 1.798.325 -2 VIA DATA DE  
EXPEDIÇÃO 27/06/2013

NOME ROGERIO ALVES GOMES

RESIDÊNCIA SEBASTIÃO ALVES DE SOUSA  
IOLANDA GOMES DE OLIVEIRA ALVES

NATURALIDADE SANTA TERESINHA-PB DATA DE NASCIMENTO  
07/09/1973

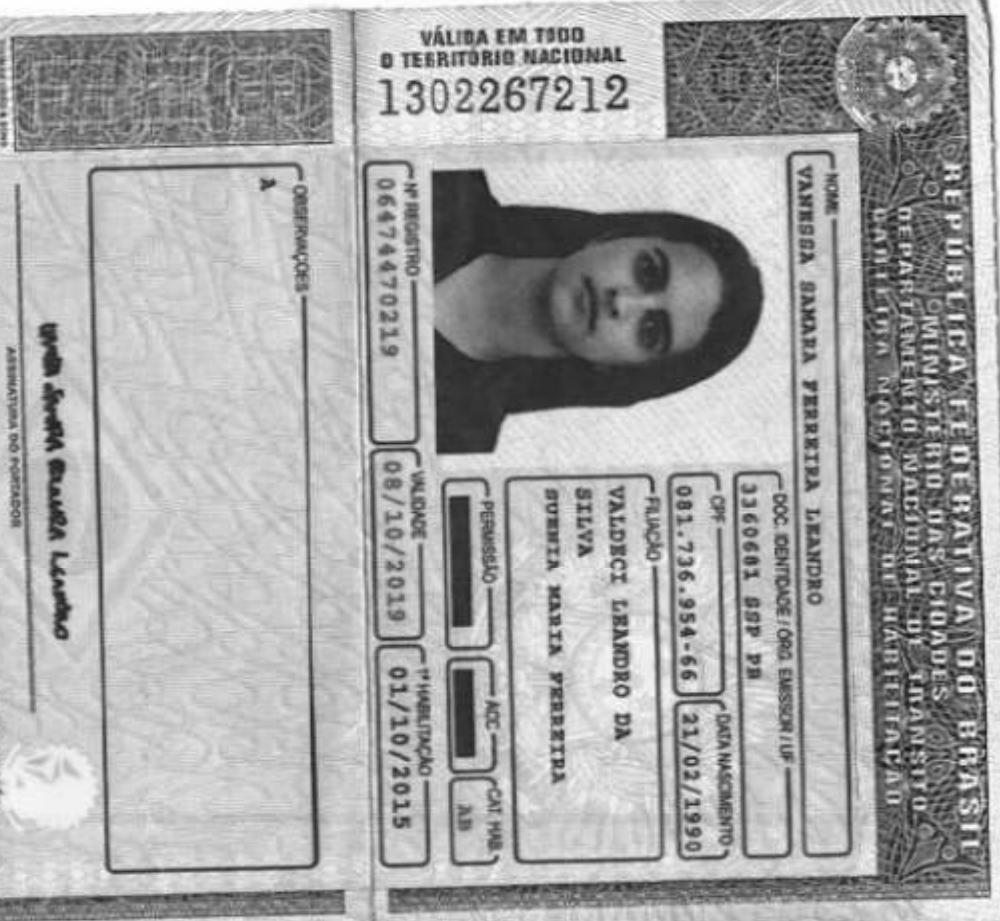
DOC ORIGEM CASAM N.15.547 FLS.96 LIV. P-427  
CARTÓRIO PATOS-PB *procurado*

CPF 040.387.784-95

LEI N° 7.116 DE 29/08/93



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1302267212



Vanessa Sandra Leandro

Assinatura do portador

DATAMENTO

LOCAL  
AVOGADOS DA INGAZIRIA - PE  
05/10/2016

52601442110  
DE075274922

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

## Relatório Médico

Paciente **Rogerio Alves Gomes**, 44 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x animal) no município de Santa Terezinha, BR 361 – PB no dia 17/02/2017 com BO de número 1771/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no terço distal do rádio esquerdo, trauma em face esquerda com fratura do arco zigomático e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na região do antebraço esquerdo com o uso de tala gessada por um período de 22 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura no antebraço esquerdo com redução + fixação com colocação de 01 placa de platina + 02 parafusos metálicos e tratamento conservador para o trauma em face e arco zigomático com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso por um período de 30 dias. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 11/06/2017.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Antebraço esquerdo apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 10cm disposta em sentido longitudinal localizado na face posterior do punho esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, dificuldade em realizar o movimento de desvio ulna e desvio radial, dificuldades em realizar o movimento de prono para supino, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão, parestesia e diminuição da ADM do antebraço esquerdo para as AVD's.

Face esquerda + Arco Zigomático apresenta crepitações, diminuição do movimento de abertura da boca e diminuição da força mastigatória

**Drª Luiziane Lira N. Fontes**  
Médica  
CRM/PB-8445

LABCLIN - Cajazeiras – PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 – Centro-CEP: 58900-000  
Fone: (83) 3531-4469

09 JUL. 2018

Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do antebraço esquerdo e que há debilidade permanente e limitação em 60% da capacidade funcional mastigatória.

Cajazeiras, 05.07.2018

Dr<sup>a</sup> Luiziane Lira N. Fontes  
Médica  
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

LABCLIN - Cajazeiras – PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 – Centro-CEP: 58900-000  
Fone: (83) 3531-4469

09 JUL. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rogério Almeida</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>23/10/2017</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dra. WAE RSON</i>	1º Auxiliar <i>DR. R. Sampaio</i>	
Anestesista <i>Dra. Augusto</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura radio distal (Barton)</i>		
Tipo de Cirurgia <i>redução e imobilização</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

1) fez eu um D.D.H ap 6 cm ferir a
2) fez eu desse prie + desse desse prie
3) fez eu um violas
4) dessecou per plumbus
5) fez eu reanimes + fixação do fratura
6) a placa 3x3 + 2 parafusos
7) sutura per plumbus
8) curado

16 MAIO 2018





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Rogério Al.	
DA CLÍNICA	C. H. H.	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Belo	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
traume no rosto		
DATA	Sonália Chirurgia Cabeça e Assinatura do Médico Consultante	
PARECER: paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura do arcabuzigomático esquerdo, aparente equimose bifacial, exoftalmia, aqueduto alto da rinofaringeal e neurofagia, poss. perfurada nevus pilosus e conduto auditivo buco maxilo facial.		
PATOS - PB		Dr. Allison de Moraes Cavalcanti Chirurgia Cabeça-Maxila Facial C.R.C. 2000
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

18/02/2017

16 MAIO 2018

**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE  
Rogério Alves Cores

QT

LEITO

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO  
89818

CIRURGIA - Cirurgia de C. M5(E)

CIRURGÃO

DR. L. S. SOARES

ANESTESIA

halofo + sedacor

ANESTESISTA

DR. Augusto

INSTRUMENTADORES

DATA

23-02-17

INÍCIO

11-20hs

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JANDUÍ CARNEIRO

**MATERIAL**

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	✓	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 12x24
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
D	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
D	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
D	TX. Sala		Seringa 5 ml
D	TX. Bisturi Elétrico	✓	Seringa 10 ml
D	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
D	TX. Oxímetro de Pulso	✓	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	✓	Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,06mg		Dreno Penrose
	Xilrestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2% 1 VODO	D	Espasadorpo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,6% 1 VODO	✓	PVPi Tintura
	Dimorf	D	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sutenta aquilina 25mmx100cm	✓	Vaseline Estéril
	Diazepam	✓	Aguilha descartável
	Agua destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
T	Efortil		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Cefalotina 10g		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Dixtal		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Pissil		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Eparpin 5000 UI		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Tilitil		Cat-gut 2-0 p/ amigdaloectomia
	Amicacina 600mg		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Aguilha de Raque Descartável		Polyest 0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22	T	Polyest 2-0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		
	Prolene 0 c/ agulha	7	NYLON 2,0

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## 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)

Trauma ótico-mofalp com suspeita de  
rotura do bulbo do olho.  
18/02/12

Bruna Abrahão  
CRM-PB 10642

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

BMF  
03:00

Pete vítima de acidente motoacidente.  
É motociclista eletrorretinada, conservante, em prazo,  
normalizado.

No exame apresenta hematocele puntiforme bilateral +  
lacrimejamento de abertura bucal + edema mucoso em região  
arco zigomático ( ) + deglatação palatina e maxilar ( ) +  
movimentação e amplitude visual preservadas.

- CD = ① Etanercept  
② Solv. Rx de fisi para hematocele  
de patologia óptica fisi ( )  
③ Recup. BMF  
④ Parcer NEMO

Oncisa da Rua Mendes Jr.  
Belo Horizonte - MG

16 MAIO 2019

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



GOVERNO DA PARAÍBA  
HÓSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Rogério L. L. Góes</i>		Idade <i>43</i>	Sexo <i>M</i> Cor <i>B3</i>
Data <i>23/01</i>	Pressão Arterial Pulso <i>131x90</i>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Type Sanguíneo	Hemáticos Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urêia	Outros
Urina					
Ap. Respiratório				Aste	Bronquita
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ateroscleróticos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ent. Plat. Disk.</i>				Estado Físico	Risco
Anestesia Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica <i>1/30 17000 70</i>		Audiada às:		Efeito	
Agente Anestésico <i>Actif 02 26</i>					<b>INDUÇÃO</b>
Líquido					Selof _____ Excit. _____ Tense _____ Laringo Espasmo _____ Lesta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____
<b>CÓDIGO</b> PUL. ARTERIAL-PULS. -RESPIRAÇÃO V.L.-ANESTÉSICO-OPERAÇÃO					<b>MANUTENÇÃO</b> <i>Corrigir at 70</i> <i>17000 70</i> <i>26</i> Anestesia-Bolus: Sim _____ Não _____ Nao, porque?
Símbolos e Anotações					<b>DESPERTAR</b> Reflexos na SO _____ Obstr. CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com sonda para o leito-sim _____ não _____
Prescrição					<b>CONDICIONES</b>
Agentes <i>BUP 0.23 - 100</i>					Contra:
Técnica <i>Plataforma</i>					
Operação <i>reto</i>					
Cirurgião <i>D. Wagner</i>					
Anestesiólogo <i>D. J. P.</i>					
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Ricardo Juan Gómez		
DA CLÍNICA	R. J. Fontenelle	ENFERMARIA	<input type="text"/>
A CLÍNICA	<input type="text"/>	LEITO	<input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Palpado Salvo exame		Assinatura do Médico Consultante	
PARECER:	<p>Fonte: Remédio</p> <p>Anamnese: dor no pulmão</p> <p>Sintomas: dor no pulmão e dor no peito.</p> <p>Exame: Exame de fundo de olho normal.</p> <p>Conclusão: Possível infarto agudo do miocárdio.</p> <p>Prescrição: Rx para pulmão.</p> <p>Assinatura: Dr. Marcelo Alves</p>		
DATA	18/05/2018		
DATA	Assinatura do Médico Especialista		

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Rogério Alves Gomes		
DA CLÍNICA	médica	ENFERMARIA	Ortopedia
A CLÍNICA	Cardiologia	LEITO	7º 01
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
<p>- Risco Cirúrgico</p> <p>22/02/2017</p> <p>DATA</p> <p>ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</p> <p>Paciente seu filho Cardiologista</p> <p>Nego Comunidade</p> <p>PA = 120 x 80 mmHg</p> <p>EKG -&gt; Normal</p> <p>Riso Angico - Risco</p> <p>23/02/17</p> <p>DATA</p> <p>ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</p>			

16 MAIO 2018

21/02/11.

Po - 14 week thy c/ except

Fa - normal

Muscle tone - near normal to

Patent foramen of Monro  
Ileocecal valve & cecum

Os - normal Po

Ala of ur. Po & L.P.

Esoph. L-lungs Po. Normal

D L  
Dr. Vanderley S. Geraldo  
6530



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José dos

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA

Promega

CFM 00000000

ENFERMARIA  
LEITO

6º  
5

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Trouxe cálculo

20/05/11

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

Dr. Denilson Pereira da Menezes  
Neurologista  
CRM-PB 562

PARECER:

Dr. Kleber C. de F. Leitão  
CRM-PB 223144  
CNPJ 25.323.922/0001-91

Yé ovalando o 13/02/17  
vide entro

Solicito pressão sanguínea 273/4  
Reflexo - hemicíngulo SC 05  
+ reflexo pupilar a esquerda  
OR lef. 80, fazer MR  
renof + Ruitfort.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018

Domingo 4530



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	São José		
DA CLÍNICA	C. JUVENTINUS	ENFERMARIA	70
A CLÍNICA	MICROSCÓPIO	LEITO	01
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Tearm) + cb 28/12/2018		SONALLY SANTOS CRM 71840 CABEÇA E PESCOÇO	
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE			
PARECER:	        		
DATA			
16 MAIO 2018		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### 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)

Trauma em MS

21/05/17

DATA

*Dr. Danilson Pereira da Silveira*  
Neurologia  
Sistema Nervoso Central

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Parecer resenhado p/  
Dr. Marcelo Alves no dia  
18/05/2017.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Rogério Aze	
DA CLÍNICA	C. Jerec	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Oftalmologista	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
traur em olho		Sonally S. S. de F. L.
18/02/17.		Assinatura do Médico Consultante
DATA		
PARECER:	<p>Paciente se queixa de dor. Relata que encharcamento e dor apurada. Ao exame: turgor: Hiperfagia/ Hiperlaxia palpável nos ossos. Mobilidade sede limitada ] 50. RFM: lesão direta Fratura no topo - tipo rotula romana (externa). Seu lesão direta e gládio ouro. Cir. O resultado da radiografia ① fractura exposta de um paroxigênio - carbonato + 3º Herde Cervical.  18/02/17</p>	
DATA		Assinatura do Médico Especialista

Dr. Kleber C. de F. Lira  
Oftalmologista  
CRM-5935 PG CEO: 220144  
CRB-2011952523700001

16 MAIO 2018

17/05/17 Deed of trust

of year 15

To the name: certain facts

which can be our memory - to be worthy  
for another report to do aims owned a thousand  
in millions).

*[Handwritten signature]*

JOHN GARCIA  
MAY 17, 2017  
RECEIVED  
COURT OF COMMON PLEAS  
CLERK'S OFFICE  
CINCINNATI, OHIO

16 MAIO 2018



# HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CÂRNEIRO" PÁTOS - PARAÍBA EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Rogerio Alves Gomes

LEITO:

REG.:

16 MAIO 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rogério Alves Gomes</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>23/02/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>DR WALTERON</i>	1º Auxiliar <i>DR Fábio</i>	
Anestesista <i>DR Augusto</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura radio distal (BARRON)</i>		
Tipo de Cirurgia <i>abertura unguital</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

- ① Fazendo um DDA ap para ferir a
- ② ferida aseptica + desbridamento
- ③ feito uso de molas
- ④ evitando ferir plântus
- ⑤ fuso recuperado + fixação do fratura
- ⑥ placa 3x3 + 2 parafusos
- ⑦ sutura por plântus
- ⑧ curado

16 MAIO 2018