

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA LUCENA SIMÕES,

RG nº J352505, data de expedição 30/12/1987

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 251.407.369-20, com

domicílio na cidade de SANTA TERESINHA, no Estado de PARRIBA,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PROJETA PA, nº       ,

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

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

vítima ROGENIO ALVES GOMES, cujo o condutor era

FELTON JOMY BEZERRA LUCENA.

Veículo: MOTOCICLETA.

Modelo: CG 160 FA N ESDI

Ano: 2015

Placa: QFW 4529

Chassi: 9C2KC22006R305227

Data do Acidente: 12/10/2017

Local e Data: PARRIBA, 30 DE ABRIL 2018.



x Antônia Lucena Simões

Assinatura do Declarante

x [Assinatura]

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
João Rufino de Lucena  
Oficial  
CEP 58728-000 - Santa Teresinha - PB



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Pedro dos Santos, 164, Centro, Santa Teresinha

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

ANTONIA LUCENA SIMÕES

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

Notário: João Rufino de Lucena

Selo Digital: AGS89701-U011

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

Emol R\$ 9,23 FARPEN 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 <https://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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VANESSA SAMARA FERRAZ LEAL inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.436.954 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROGERIO ALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.387.789 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVULNER da Vítima ROGERIO ALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 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 <u>Rua ALAIDE MEDEIROS</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>CDM</u>
Bairro <u>PARAIBA</u>	Cidade <u>PARAIBA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58700-000</u>
Email <u>VANESSA.SAMARA@LIDER.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98851-1409</u>

PARAIBA - PB de MAIO de 2018  
Local e Data

VANESSA SAMARA FERRAZ LEAL  
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**

COMUNIDADE DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-510 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

69277303

REFERÊNCIA

ABR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RIJANE SIMÃO ALVES  
RUA GERALDO LUIZ CAMBOIM, S/N - CENTRO SANTA  
TEREZINHA PB 58720-000

Inscrição SMI Quantidade de Economias Responsável

179.001.070.0266.000 000 1 0 0 0 0 0

Hidrometro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

X15N523713 25/04/2016 EXISTENTE E AGUADO POTENCIAL

120 124 4 30 19/05/2018  
MIST. DE CONS./ANOR. LEIT. 1 QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.  
MAR/2018 3 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
FEV/2018 6 0 TURBID. 10 10 10  
JAN/2018 8 0 CLORO 10 10 10  
DEZ/2017 9 0 COL. TERHOT 0 0 0  
NOV/2017 8 0 COL. 10 10 10  
OUT/2017 7 0 COL. TOTAIS 10 10 10  
MEDIACH 6 DADOS REFERENTES A: FEV/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 28/04/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:17:44  
DESCRIÇÃO AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO TOTAL(R\$)  
ESGOTO CONSUMO DE ÁGUA 4 M3 36,84

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 2,43 PIS E CONFINS: LEI 12.741/12  
FUNCIAMENTO: 03/05/2018 Total a Pagar: R\$ 36,84

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
\*\*\* ACOMPARE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*  
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69277303	ABR/2018	03/05/2018	R\$ 36,84



82620000000 6 36840010179 7 06927730301 7 04201820003 2

16 MAIO 2018

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Apresente para verificação e pagamento a conta no atendimento da Energisa e/ou no N° 005.891.577



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-005  
CNPJ 08.305.183 / 0881-49 Insc.Est. 16.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA SILVA DANTAS  
RUA ALAIDE MEDEIROS SN  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1444840-1

### REFERÊNCIA

ABR/2018

### APRESENTAÇÃO

30/04/2018

### CONSUMO

69

### VENCIMENTO

08/05/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 56,30

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



SANDRA MARIA SILVA DANTAS

Rateiro: 18-118-460-1760

83670000000-0 56300054000-2 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 <b>ROGERIO ALVES GOMES</b>	CPF da Vítima <b>040.387.784-95</b>	Data do Acidente <b>17/02/2017</b>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <b>vanessa.somara@lider.com</b>	Telefone (DDD) <b>(85) 9.8851-1409</b>

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.

16 MAIO 2018

**LAUD-7B** 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



SAMU  
192

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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05A1

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: <u>8/02/17</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>100000</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Alves Gomes</u>	IDADE: <u>43</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR 361, Patos</u>		BAIRRO: <u>Conf. Geraldo C.</u>	MÉDICO REGULADOR: <u>CAUO</u>	
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"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<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 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

OUTRO: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

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

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Apoio da USB 11 (SANTA TEREZINHA), trauma decorrente  
na acidente automobilístico.

DADOS VITAIS:

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

P.A.: 120 x 80 FC: FR: 93 TEMP.: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: 95 SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

16 MAIO 2018

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal Prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído
<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada
<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Outros:		

INTERVENÇÕES:

SSVU + Imobilização correta do paciente + avaliação  
do Médico intervenционista e o paciente segue para HKP.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente 43 anos, sexo masculino, consciente, orientado,  
vítima de queda de moto. Foi solicitado o apoio da VSA,  
após chegar foi visto que o paciente estava estável, com excor-  
ções e possível fratura em punho @. Foi imobilizado,  
avaliado pelo MT e liberado para seguir na USB 11 para  
o LER.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: Glasgow 13

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

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

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

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Útero de nódulo (colúmbio com anel) 1º grau e 1º grau

PROCEDIMENTOS:

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

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

Tratado com analgésico; oxigenoterapia.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Exame físico normal, sem sinais de desidratação, sem sinais de choque.  
Exame físico normal, sem sinais de desidratação, sem sinais de choque.  
Exame físico normal, sem sinais de desidratação, sem sinais de choque.

ENCAMINHAMENTO:

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

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

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

RECUSA:

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

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: Dr. Alvaro CRM: 3565/15 MAT.: 16 MAIO 2018

ENFERMEIRO(A): Bruna COREN: 274136 MAT.: \_\_\_\_\_

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Dr. Alvaro MAT.: \_\_\_\_\_





**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

01 Jelco 22	01 latex
01 SR	01 cateter
01 Gaze	01 Equipamento novo
01 unificador	02 ataduras

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/ÓRTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA  
☐ 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 ☐ SEDACÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL  
☐ TALASOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**

ANP 1 SR + imobilização de punção

**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 DE CABECEIRA (CABEÇA)

**RECUSA**

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

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

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO: Keruo CRM: \_\_\_\_\_ MAT: Regalador

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

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: COREN 380622 MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Antônio MAT: \_\_\_\_\_

16 MAIO 2018



## 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, RENAVAL 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 Lucena

Patos/PB, 25 de Abril de 2018.

Hermendo 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.

**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		CNPJ da Vítima	Nome completo da vítima
		040.387.784-95	ROGERIO ALVES GOMES
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome completo		CNPJ	CPF
ROGERIO ALVES GOMES		040.387.784-95	123.456.789-00
Endereço		Estado	Complemento
RUA GERALDO LUIZ CAMBOIM		SP	CAR
Bairro		Cidade	CEP
CENTRO		SANTA FLOREZINHA	58720-000
E-mail		Telefone (DDD)	
DANIELA SAMPAIO@LVC.COM		(87) 9-8851-1409	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA	
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atender uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente para bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (227)		<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	
<input type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (1141)		<input type="checkbox"/> ITAÚ (141)	
AGÊNCIA		CONTA	
0043		33759813	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
BANCO		NOME	
AGÊNCIA		CONTA	
(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 Lider 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.

Santa-RB 24 de ABRIL de 2018.  
Local e Data

Rogério Alves Gomes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



16 MAR 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](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, 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**

Carta nº 12832893





Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 12951093

A/C: ROGERIO ALVES GOMES

Nº Sinistro: 3180227539  
Vítima: 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: 000000177598-3

---

Nr. da Autenticação 34539644B38A4DAD

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ROGERIO ALVES GOMES

inscrito no CPF/MF sob o nº 040.387.784-95 e RG 1798325, SSP/PB, residente e domiciliado junto a Rua GERALDO LUIZ CAMBOIM, SN bairro CENTRO, cidade de SANTA TEREZINHA - PE, 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 Jalobá, cidade de Patos-PB. CEP 58700-970, e endereço eletrônico gambarraleandroadv@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.

Patos PB  
28/04/2018 de 2018.

ASSINADO  
AUTENTICADO

Rogério Alves Gomes  
**OUTORGANTE**

**DINAMÉRICO WANDERLEY**  
SERVIÇOS FISCAL, CONTÁBIL E JURÍDICO  
Rua Divino N.º 100 - JARDIM MARAVILHA - Patos - PB  
Fone: (83) 3421-2735  
Fax: (83) 3421-2735  
E-mail: dinamico@dinamico.com.br  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de ROGERIO ALVES GOMES  
Em test. da verdade. Patos-PB 26/04/2018 11:14:54  
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE  
[2018-008922]EMOL:R\$ 49,48 FAREM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,20 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGU46491-VDT7  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RADIO 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## 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:**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747608484  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRI 20170400023990-7

VIA 1 Cód. RENAVAM 0107179149-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME  
ANTONIA LUCENA SIMOES

CPF / CNPJ  
25140736420

PLACA  
QFW4529/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB CHASSI 9C2KC2200GR105227

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

MARCA / 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

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES  
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

REST. BEN. TRIBUTARIO

SANTA TERESINHA - PB

DATA 26/10/2017

36838

41033

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 26/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 25140736420 PLACA QFW4529/PB

RENAVAM 01071791491 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC2200GR105227

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRIAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IDP (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.348.608/0001-04

41033-1030478-20171026

16 MAIO 2018

7 6 MAIO 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	1.798.325	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 27/06/2013
COGNOME	ROGERIO ALVES GOMES		
FILIAÇÃO	SEBASTIÃO ALVES DE SOUSA IOLANDA GOMES DE OLIVEIRA ALVES		
NATURALIDADE	SANTA TERESINHA-PB	DATA DE NASCIMENTO	07/09/1973
DOC ORDEM	CASAM N.15.547 FLS. 96 LIV. B-42		
CPF	040.387.784-95		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/93			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
V-02 P-239	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1302267212

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1302267212

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
VANESSA SAMARA PEREIRA LEANDRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3360681 SSP PE

CPF  
081.736.954-66

DATA NASCIMENTO  
21/02/1990

FUNÇÃO  
VALDECI LEANDRO DA SILVA

RUERIA MARIA PEREIRA

PERMISSÃO  
ACC

VALIDADE  
08/10/2019

1ª HABILITAÇÃO  
01/10/2015

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do possuidor

Assinatura do possuidor

LOCAL  
APOGADOS DA INGENHEIRA - PE

Assinatura do possuidor

Assinatura do possuidor

DETRAN - PE PERNAMBUCO

52601443138  
PE076274922

16 MAIO 2018

## Relatório Médico

Paciente **Rogério 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

**Dr<sup>a</sup> 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



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Rogério Alves Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>23/02/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>DR. WARESON</u>	1º Auxiliar: <u>DR. RSPA</u>	
Anestesista: <u>DR. AUGUSTO</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fratura radio distal (Barton)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>habeimento humeral</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>idêntico</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1) Paciente em DDA sob anestesia
- 2) feito assepsia e antibiótico
- 3) feito um corte
- 4) dissecção por planos
- 5) feito redução + fixação do fratura
- 6) placa 3x3 + 2 parafusos
- 7) Sutura por planos
- 8) curativo

16 MAIO 2018



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

Prontuario: 89818

Data/Hora 18/2/2017 10:42:52

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente ROGERIO ALVES GOMES

Idade: 43 Sexo M

Filiação

Pai: SEBASTIAO ALVES DE SOUSA  
Mãe: IOLANDA GOMES DE OLIVEIRA ALVES

Endereço

Cidade: SANTA TERESINHA - PB - 58720-000 - 2513802  
Endereço: GERALDO LUIZ CAMBOIM  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: SANTA TERESINHA - PB  
Fone: (83)98102-5175

N.: 165

Documentos

CNS: 709-2082-1697-0036  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 7/9/1973  
Cor: PARDA  
Estado Civil: N. INF.  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: *L. Regiane Soares Alves*

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

*Paciente sofreu com acidente  
com fratura de 1 dedo  
sem alerxes*

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Um acidente - nome  
PC e não tem dor no dedo med*

Diagnóstico: *TCF*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Sali Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Recepcionista: Marta

*Invest*  
*Sonally Santos*  
*Cirurgião de Cabeça e Pescoço*  
*CRM 118418*

16 MAIO 2018



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




### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Rogério de A.</u>	
DA CLÍNICA <u>C. 2011</u>	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA <u>B. 101</u>	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: <span style="float: right;">(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</span>	
<u>traumático face</u>	
DATA	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><u>Sonally</u> Cirurgia Cabeça e Pescoço ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</div><div></div></div>	
PARECER: <u>paciente vítima de acidente de moto, apresentando</u> <u>fratura do arco zigomático esquerdo, apresentando equimose</u> <u>bilateral, exoftalmia, aguda e/ou da cirurgia</u> <u>geral e neurologia, para posterior neurologia</u> <u>e conduta pelo corpo médico local.</u>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div></div><div></div></div>	
DATA	
<u>18/02/2017</u>	

16 MAIO 2018



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JANDURY CARNEIRO
QTE	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		85	43	89818	
CIRURGIÃO - AN UNQ. do C. MS(E)			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESISTA		
blague + sedacos			Dr. Augusto		
DATA		HORA		FM	
23.02.17		11:20h			

## 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 v3 24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
0	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
0	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
0	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Panrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2% c/ 10000	0	Esparadrapo
	Etomidate	0	Xilocaina Gel
	Ketalar	0	Álcool 70%
1	Pubicovina 0,5% c/ 10000	0	PVPi Tintura
	Dimorf	0	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcen		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sudenta agulha 21x100mm	1	Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
0	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	Cefalotina 10g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Picell		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Raparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	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 crânio encefalo com suspeita de  
fratura do bone do crânio.

18/02/12

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

BMF  
03:00

Pete vítima de acidente motorciclístico.  
Em estado de consciência, consciente, eupneico,  
normo corado.

Ap exame apresenta hematomas periorbital bilateral +  
deformação de abertura bucal + afundamento em região  
arco zigomático (E) + degrau pelo zigomático-maxilar (E) +  
manobras e a unidade visual preservada.

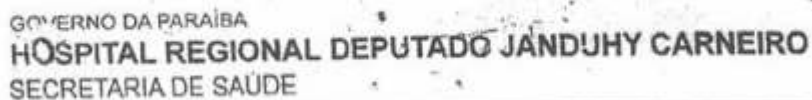
- cd: ① Exame  
② Solte. de de fac para confirmação  
de fratura zigomático (E)  
③ Peleu BMF  
④ Pacer NERO

Outon da Rocha Mendes Jr.  
Belo Horizonte - Minas

16 MAIO 2012

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018



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



### REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Rosário Aline Gomes

DA CLÍNICA R. Fontenay ENFERMARIA                     

A CLÍNICA                      LEITO                     

MOTIVO DA CONSULTA: Politrauma Sem Alteração

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

DATA                      ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE                     

PARECER: Atento Remo R

Prav. vítima de acidente a trêm

do - pelo ⑤

o local: por rede - escuras

(10 + m): Fratura de rádio distal ⑤

cl - Rx de pulso ⑤ por 1 persp

Sintomas: dor, inchaço, edema

- Tolerância ao pulso

- movimento

10/02/17

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: <u>Rogério Alves Gomes</u>	
DA CLÍNICA <u>médica</u>	ENFERMARIA <u>Ortopedia</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>7</u> <u>01</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>- Risco Cirúrgico</u>	
<u>22/02/2017</u> DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente em função Cardíaca</u> <u>Não Conhecido</u> <u>PA = 130 x 80 mmHg.</u> <u>ECG - Normal</u> <u>Risco Cirúrgico - Baixo Risco</u>	
<u>23/02/17</u> DATA	<u>[Assinatura]</u> M. do Franc Cardiologista Geriatria CRM 4000 ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

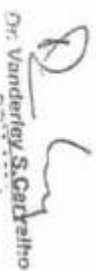
16 MAIO 2018

2/02/14.

Pg - 14 was kg c/ each  
to - normal

Have used - seen no insects  
before total  
thousand have a lot

09. Run to  
Also of us of  
Esper e-bund for Nouns

  
Dr. Vanderley S. Gadralho

4530





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



## REQUISICÃO DE PARECER

NOME: <u>Roberto Rosa</u>	
DA CLÍNICA <u>Neurologia</u>	ENFERMARIA <u>6º</u>
A CLÍNICA <u>de Neurologia</u>	LEITO <u>5</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>trauma crânio</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>20/12/11</u>	Dr. Denilson Pereira da Alencar Neurologia CRM 5164
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
<p><u>já avaliando o</u> 13/02/77</p> <p><u>vide anexo</u></p> <p>Dr. Kleber C. de F. Leite Neurologista CRM 14335 ex CRM 223144 CNS-25179422/251700991</p> <p><u>Solicito pressão o crânio</u></p> <p><u>afetado - hemorragia</u> 2734</p> <p><u>+ reflexos pupila e esp.</u> SC 08</p> <p><u>lefe do tórax me</u></p> <p><u>convuls + Refort</u></p>	
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: <u>Rogério Alves</u>		<u>São José</u>	
DA CLÍNICA <u>C. V. V. P.</u>	ENFERMARIA <u>7º</u>		
A CLÍNICA <u>Neurologia</u>	LEITO <u>01</u>		
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Transtorno / TCE</u> <u>28/12/18</u>		(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Sonally Santos</u> Clínica Cabeça e Pescoço CRM 71840-0	
PARECER:			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

16 maio 2018

16 MAIO 2018



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



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

*Rogério R.*

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA

*Wider*

*218/10217*

ENFERMARIA  
LEITO

*26*

*25*

MOTIVO DA CONSULTA:

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

*Trombose em MS*

*21/02/17*

DATA

*Dr. Danilo Pereira de Azevedo*  
Neurologia  
Clínica

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

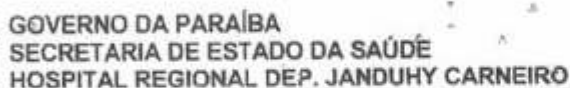
PARECER:

*Parecer recebido p:  
Dr. Marcelo Aler no dia  
18/02/17.*

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018



NOME: Federico Andres

DA CLÍNICA C. Verel  
A CLÍNICA Oficialmente p...

ENFERMARIA  
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

team ein selb

18102117.

## DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

**PARECER:**

Paciente sem queixas oculares.  
Relata leve enlaximento lado esquerdo.  
Ao exame: Inspeção:  
Hiperreflexo/ Heralda palpebral 00 > 00.  
Mobilidade ocular limitada ] 00.  
R.F.M. constante direita  
Fratura na supra-4 e 5: Polímero branco (Silicona).  
Sem lesão direta em globo ocular.  
Concl. O Aneurisma do nervo óptico.  
① Presença cistóica 4 e 5  
peroxigilina - corpúsculos → 3 = Nervo Óptico. 5.

19102117

## DATA

Dr. Kleber C. de F. Leite  
Oftalmologista  
CRM-5935 PB CBO: 225144  
CNS-2011952529700001

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018

17/02/17

Inside of mob

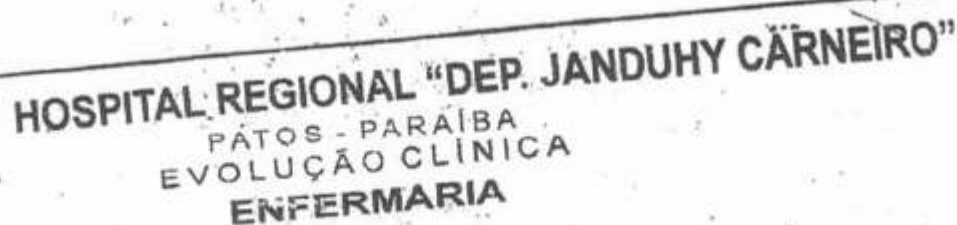
głównie 15

To the union: another factor

revela o caráter de neurose e de (1) tony  
que mostra a parte de aino ou seja o toconar  
e a pino).

1915  
National Geographic Society  
Washington, D.C.

16 MAIO 2018



**LEITO:**

**REG.:**

DATA	HORA	
24/02/17		<p>Porto Alegre</p> <p>Para PEG, e nos seguintes do outono e nos outros</p> <p>Cat = Agave + Anos + 5.10 km d Alt = do outono</p> <p>Dr. Marcos Alves Ortopedista CRM 12345 R. 123, 123 - 12345</p>

Dr. Maurice A. ...  
...  
... 1986

16 MAIO 2019



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



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Rogério Almeida Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>23/02/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>DR. WARESON</u>	1º Auxiliar: <u>DR. R. S. M.</u>	
Anestesista: <u>DR. AUGUSTO</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fratura radio distal (BARTON)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>habeimento humeral</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>0 mm</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1) Incisão em DPH 40 cm
- 2) feito atreptia + osteotomia
- 3) feito um molde
- 4) esqueleto fixado
- 5) feito redução + fixação da fratura
- 6) placa 3x3 + 2 parafusos
- 7) sutura por pontos
- 8) curativo

16 MAIO 2018