



Número: **0808642-94.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROGERIO ALVES GOMES (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32480526	20/07/2020 14:23	<a href="#">2735053_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA LUCENA SIMÕES,

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

Órgão SRPB, portador do CPF nº 251.407.369-20, com

domicílio na cidade de SANTA TEREZINHA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PROJETADA, 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

HELTON JOAQUIM BEZERRA LUCENA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 160 FA N ESD

Ano: 2015

Placa: QFW4529

Chassi: 9C2KC22006R305227

Data do Acidente: 27/10/2017

Local e Data: SANTA TEREZINHA, 30 DE ABRIL 2018.



Antônia Lucena Simões  
Assinatura do Declarante

Helton Joaquim Bezerra Lucena  
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 Terezinha

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

ANTONIA LUCENA SIMÕES

Dou fé: Santa Terezinha/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 <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 FERREIRA LEANNO inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.936.954 / 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 INVALIDEZ 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 MEDINOS</u>		Número <u>5N</u>	Complemento <u>CDM</u>
Bairro <u>PAROIS</u>	Cidade <u>PAROIS</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58700-000</u>
Email <u>VAN-BSAMARA@LIVE.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98851-1409</u>

PAROIS - PB de MARÇO de 2018  
Local e Data

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANNO  
Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017

16 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Lima, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CEP: 08 123 854-0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
NÃO SE ESTIMANDO  
MATRÍCULA

69217303

REFERÊNCIA

ABR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
REJANE SIMÃO ALVES  
RUA GERALDO LUIZ CAMBOIM, S/N - CENTRO SANTA  
TEREZINHA PB 58720-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	W.C	Outro	

179.001.070.0266.000	000	1	0	0	0	
----------------------	-----	---	---	---	---	--

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
------------	--------------------	-------------	---------------	-----------------

Y15N52713	25/04/2016	EXT. LIGADO	POTENCIAL	
-----------	------------	-------------	-----------	--

ANTERIOR	124	4	30	19/05/2018
----------	-----	---	----	------------

HIST. DE CONS./ANOR. LET. I	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-RS.	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
-----------------------------	--	------------------------------------

MAR/2016	0	TURBID. 10	10	10
----------	---	------------	----	----

FEV/2016	0	CLORO 10	10	10
----------	---	----------	----	----

JAN/2016	0	COL. TERHOT 0	0	0
----------	---	---------------	---	---

DEZ/2017	0	COL. TERHOT 10	10	10
----------	---	----------------	----	----

NOV/2017	0	COL. TERHOT 10	10	10
----------	---	----------------	----	----

OUT/2017	0	COL. TERHOT 10	10	10
----------	---	----------------	----	----

SETE/2017	0	COL. TERHOT 10	10	10
-----------	---	----------------	----	----

MEDICHO	0	DADOS REFERENTES A: FEV/2016		
---------	---	------------------------------	--	--

DATA DA IMPRESSÃO:	28/04/2018	HORA DA IMPRESSÃO:	09:17:44
--------------------	------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO	AGUA MEDICINAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(CM3)
-----------	-----------------------------	---------	------------

ESGOTO	4 M3		36,84
--------	------	--	-------

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 PIS, F. CONF. ENV. LET. 12,741/12			
--	--	--	--

VENCIMENTO: 03/05/2018	Total a Pagar:		R\$ 36,84
------------------------	----------------	--	-----------

CONDIÇÃO DE LEITURA REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 3
-------------------------------	-------------------

INFORMAÇÕES GERAIS:	*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
---------------------	---

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR	
-----------------------------	--



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VERIFICADO	TOTAL A PAGAR
-----------	------------	------------	---------------

69277303	ABR/2018	03/05/2018	R\$ 36,84
----------	----------	------------	-----------



16 MAIO 2018

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.  
Apresente para qualquer pagamento realizado no sistema de energia elétrica.

Nº 005.891.577



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.895.183 / 0801-40 - Insc. Est. 18.815.823-0

### 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

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



SANDRA MARIA SILVA DANTAS

Roteiro: 18-118-460-1760

83670000000-0 56300054800-2 14448402018-1 04300110010-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
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
E-mail <b>vanessa.somma@luc.com</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 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:	
<input type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 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

**1601-7B** 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: 05A

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 02/17	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO: Alies Gomes	IDADE: 43	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 361, Patos		BAIRRO: Conf. Geraldo C.	MÉDICO REGULADOR: VOU	
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"/> P.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> QHECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AÍDS	<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 de acidente automobilístico.

DADOS VITAIS:

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

P.A.: 140 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 Intraoriana 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"/> Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfunção Tissular Cardiopulmonar Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfunção 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 internacionista e o paciente requereu ao HKP.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

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



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: 6/16/2018

☐ 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 (colar com anel) preso a USB 1

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☒ 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 medicamentos, analgésicos.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Tratado com medicamentos, analgésicos, sonda de drenagem.  
Está em hemostase estável e em boas condições.  
Próximo a ser liberado para alta.  
De acordo com o plano de cuidados.

ENCAMINHAMENTO:

☒ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☒ ENVIADO PARA USB 1

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.: \_\_\_\_\_







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: 17/05/18 OCORRÊNCIA Nº: 1080117 PACIENTE / USUÁRIO: Rogério Alupis Gomes IDADE: 43 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. General Luiz Camacho BAIRRO: BR 361 MÉDICO REGULADOR: Nereu Dibo (Kaio)  
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRP ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:  
QTA: ☐ SÓRDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ OCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ PEDIÁTRICO  
☐ ADRESSÃO ☐ PSIQUIÁTRICO  
☐ CLÍNICO ☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO  
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO ☐ QUEIDA METROS  
☐ ELÉTRICO/CHOQUE ☐ QUEIMADURAS  
☐ F.A.B. ☐ OUTROS  
☐ F.A.F. (P.A.F.)  
☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ LESÕES TÉRMICAS

ANTECEDENTES

☐ AIDS ☐ DOENÇA MENTAL  
☒ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL  
☐ AVO ☐ DROGA  
☐ CIRURGIAS REALIZADAS ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL  
☐ CONVULSÕES ☐ INTERVENÇÕES ANTERIORES  
☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS  
☐ DOENÇA CARDÍACA ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS  
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Escorregões + Fervores MDS (muito) de Guadalupe

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ DESTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ 30cpm ☐ 40cpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mmHg

PA: 140 x 80 FC: FR: 81 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dL - E: Com: 13 SpO2aO2: 97 SpO2vO2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Condição Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Dileto  
☐ Cardíaca Diminuída ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Discrepância Autonoma ☐ Dura Aguda ☐ Espertima ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada  
☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Pericárdio Tissular  
Cerebral Ineficaz ☐ Pericárdio Tissular Cardíaco Ineficaz ☐ Pericárdio Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Pericárdio Tissular Renal Ineficaz ☐ Pericárdio Tissular  
Ineficaz ☐ Traço de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Capilar Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Ineficaz ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea  
☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação  
☐ Outros:

INTERVENÇÕES

SSVV + AVP GR + imobilização de punho sub  
regulação médica

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino 43 anos, rotina de colar metálico com anéis, consciente, vários episódios MDS + MUI + FVR. Tiro de MSE (punho), feito imobilização de punho sub-regulação médica AVP + GR com o intuito de transporte ao HRP. No decorrer do transporte a vítima começou apresentar episódios de vômito com sangue e não responde ao suporte verbal, foi solicitado apoio da VSA no decorrer do percurso, onde a mesma chegou a fazer avaliação e o mesmo pulso que não tinha necessidade de VSA, foi colocado a radiografia e mandou seguir o transporte ao HRP. Ao chegar ao HRP o paciente começou os episódios

16 MAIO 2018



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Jaleco 22  
01 SR  
01 Gaze  
01 unificador

01 latex  
01 cateter  
01 Equipamento neon  
02 atadura

S.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/OTOTRAGUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU) ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ PURIFICAÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda Vesical ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL  
☐ TALASSITRAÇÃO ☐ OTOTRAGUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

AMP, SR, e imobilização de punção

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

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

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

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

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

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: Keriv CRM: \_\_\_\_\_ MAT: Regalador

ENFERMEIRO(A): Renata CORE: Renata Pereira Gonçalves

AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: Enfermeira

CONDUTOR: Antonio COREN: COREN 380622 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.

Hernando Barbosa Rodrigues  
Agente de Investigação  
Mat.: 168.548-1

DOCUMENTO ORIGINAL

16 MAIO 2018





**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	CPF 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	CPF	Assinatura
ROGERIO ALVES GOMES	040.387.784-95	ROGERIO
Endereço	Estado	Complemento
RUA GERALDO LUIZ RAMBOIM	SP	CNA
Bairro	Cidade	CEP
CENTRO	SANTA FLOREZINHA	58720-000
E-mail	Telefone (DDD)	
DANIELA SAMPAIO@LVC.COM	(87) 9.5851-4409	
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 no endereço informado.		

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (disponível para os bancos abaixo. Anote o nome da conta)			
<input type="checkbox"/> BADESCO (217) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (3748)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
0043	147598		
(Informar dígito de controle)		(Informar dígito de controle)	

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.

Patos-PB 24 de ABRIL de 2018.

Lugar e Data

Rogério Alves Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF 001 V001/2017

16 MAIO 2010

**DOCUMENTO ORIGINAL**



16 MAIO 2018



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO ALVES GOMES**

Nº Sinistro: **3180227539**

Vítima: **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**

Pag. 00161/00162 - carta\_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13121500



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO ALVES GOMES**

Nº Sinistro: **3180227539**

Vítima: **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

Pag. 01187/01188 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020594





Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 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

Pag. 01333/01334 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020667





# 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 040.387.789-95 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 Jatobá, 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  
28/05/2018 de 2018.

ASSINADO  
ELETTRONICAMENTE

Rogério Alves Gomes  
**OUTORGANTE**

**DINAMÉRICO WANDERLEY**  
SERVIÇO DE NOTARIADO E REGISTRO  
RUA DEVIDO DE DEVIDO WANDERLEY - Patos - Paraíba  
CEP 58700-970  
FONE: (83) 3421-0200  
FAX: (83) 3421-0200  
E-MAIL: dinamico@dinamico.com.br  
www.dinamico.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a seguinte assinatura:  
**ROGERIO ALVES GOMES**  
Em test. da verdade, Patos-PB 26/04/2018 11:14:54  
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE  
[2018-008922]EMOL:R\$ 19,48 FAFEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGV46491-VDT7  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO**  
29 OFÍCIO  
DE NOTAS  
(83) 3421-2735  
(83) 3421-6020  
Patos - PB

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:**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013747608484  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PR1 20170400023990-7

VIA 1 COD. 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 00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA LIVRA  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\*\*\*

IDF (R\$)  
\*\*\*\*\*

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
\*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO  
03/10/2017

CONSERVAÇÕES  
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 VEÍCULOS  
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/PE

RENAVAM 01071791491 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IDP (R\$) \*\*\*\*\* TOTAL X SERVIÇO PED. SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO SEGURO PAGO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2017

SEGURO DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

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

FILIAÇÃO SEBASTIAO 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. 98 LIV. B-42  
CARTORIO PATOS-PB

CPF 040.387.784-95

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-239  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Rogerio Alves Gomes  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1302267212**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1302267212**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES**  
**UNIDADE NACIONAL DE HABITABILIDADE**

**NOME** VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

**DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF** 3360601 SSP PR

**CPF** 081.736.954-66 **DATA NASCIMENTO** 21/02/1990

**FLUXO** VALDECI LEANDRO DA SILVA  
 BUREIA MARIA FERREIRA

**PERMISSÃO** ☐ **NOC** ☐ **CAI / HMB** ☐ **AB** ☐

**Nº REGISTRO** 06474470219 **VÁLIDE** 08/10/2019 **1ª HABILITAÇÃO** 01/10/2015

**OBSERVAÇÕES**

**Assinatura do Portador** *Vanessa Samara Ferreira Leandro*

**LOCAL** AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE **DATA EMISSÃO** 05/10/2016

**Assinatura do Emissor** *[Assinatura]*

**DETRAN - PE - PERNAMBUCO**

**5260144318**  
**PE075274922**

16 MAIO 2018



## 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.

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 Almeida Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>23/02/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>DR. WAEERSON</u>	1º Auxiliar: <u>DR. Espina</u>	
Anestesista: <u>DR. Augusto</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fratura radio distal (Barton)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>habeimento limpo</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 Viscerais
1) Fazer um DDA ao 5ª costela
2) Fazer assepsia + antibiótico
3) Fazer um corte
4) Dissecção por planos
5) Fazer redução + fixação da fratura
6) Placa 3x3 + 2 parafusos
7) Sutura por planos
8) Limpo

16 MAIO 2018





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

Prontuário: 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:

*Dr. Rogério Alves*

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

*Paciente admitido com acidente  
com fratura de 1 dedo  
sem alergia*

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Um dedo com fratura  
DC e um dedo com fratura de dedo med*

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: Marta

*Sonally Santos  
Cirurgião Geral  
CRM 11418*

16 MAIO 2018





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




### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Regiane Ais</u>	
DA CLÍNICA <u>C. 1011</u>	ENFERMARIA <u>          </u>
A CLÍNICA <u>Bela</u>	LEITO <u>          </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>traum em face</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<p style="text-align: right;"><u>Sonally</u> Cirurgiã Cabeça e Pescoço ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</p>	
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 portar neuropsiquiatria</u> <u>e conduta pelo pouco mexido face</u>	
<p style="text-align: center;">Patos - PB</p>	
<p style="text-align: center;">18/02/2018 DATA</p>	
<p style="text-align: right;"><u>Dr. Allan de Moraes Camargo</u> Otorrinolaringologista ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</p>	

16 MAIO 2018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE <i>Rogério Alves Gomes</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO
QT	LEITO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		<i>93</i>	<i>43</i>	<i>89818</i>	
CIRURGIA		CIRURGO			
<i>pro. aning. choc. M51E</i>		<i>Dr. Anderson</i>			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
<i>bloqueo + sedacao</i>		<i>Dr. Augusto</i>			
DATA		INICIO		FIN	
<i>23.02.17</i>		<i>14:20 hr</i>			

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	<i>1</i>	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<i>1</i>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi <i>v2 24</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<i>1</i>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<i>1</i>	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<i>1</i>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
<i>1</i>	TX. Oxímetro de Pulso	<i>1</i>	Eletrodos desc.
	Noocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	<i>1</i>	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,06mg		Dreno Penrose
	Xilestrolin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
<i>1</i>	Xilocalina a 2% <i>210000</i>	<i>1</i>	Esparadrapo
	Etidimidate		Xilocalina Gel
	Ketalar	<i>1</i>	Álcool 70%
<i>1</i>	Pubicovaina 0,6% <i>210000</i>	<i>1</i>	PVPI Tintura
	Dimorf	<i>1</i>	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta <i>agulha 21x38mm</i>	<i>1</i>	Vaselina Estéril
<i>1</i>	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<i>1</i>	Cefetotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Distal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Aspirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22	<i>1</i>	Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	<i>1</i>	<i>nylon 2.0</i>

16 MAIO 2018





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



### REQUISICÃO DE PARECER

NOME: <u>Rogério Almeida Santos</u>	
DA CLÍNICA <u>Unidade de Pronto Socorro</u>	ENFERMARIA <u>                    </u>
A CLÍNICA <u>Unidade de Pronto Socorro</u>	LEITO <u>                    </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Trauma crânio encefalo com suspeita de fratura de base de crânio.</u> <u>18/02/12</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA <u>18/02/12</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Bruno Nobre de Faria</u> CRM-PB 10542
PARECER: <u>BMF</u> <u>03:00</u> Pete vítima de acidente motociclístico. Exame - x Elettromiográfico, consciente, expulso, normo-ventilado. Ao exame apresenta hematomas periorbitais bilaterais + limitação de abertura bucal + afundamento em região arco zigomático (E) + degradação por zigomático-maxilares + maxilomaxilares + atividade vital preservada. cd: ① Exame ② Solte. de de fac. para confirmação de fratura zigomático-maxilares (E) ③ Reav. BMF ④ Parecer NENH Ondine de Rocha Mendes Jr. Belo Horizonte - PB 16 MAIO 2012	
DATA <u>                    </u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>                    </u>





GOVERNO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Regina A. L. Costa		Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
23/11	131/90					
Tipo Sanguíneo	Hemátios	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
Urina						
Ap. Respiratório				Aorta		
Ap. Circulatório				Bronquite		
Ap. Digestivo				Eletrocardiograma		
Dentes				Pescoco		
Estado Mental				Ap. Urinário		
Ateraxicos				Corticoides		
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia		
Anestesia Anteriores				Hipotensores		
Medicação Pré-Anestésica				Estado Físico		
Aplicada às				Efeito		
INDUÇÃO						
Sedat. Exat. Tosse						
Laringo Espasmo. Lenta						
Náuseas Vômitos						
Outros						
MANUTENÇÃO						
Anestesia Geral. Sim Não						
Não, porque?						
DESPERTA						
Reflexos na BD						
Osteo. CO2 Exat						
Náuseas Vômitos						
Outros						
Com câmbio para o lado sim não						
CONDIÇÕES						
Cêrula						
Agentes						
Técnicos						
Operação						
Cirurgião						
Anestesiólogo						
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: <u>Rosana Rosa Gomes</u>	
DA CLÍNICA <u>R. J. Antenor</u>	ENFERMARIA <input type="checkbox"/>
A CLÍNICA <u>Antenor</u>	LEITO <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Poluição Sólida Aralipa</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Dr. Antônio S. Augusto</u>
PARECER: <u>Atenção</u>	
<p><u>Atenção</u> - vítima de acidente a nível do dor - pelo ③.</p> <p>no local: dor - edema - escoriações.</p> <p>(dor) - Fratura de rádio distal ③</p> <p>cl - R. a polso ③ por 1 ponto</p> <p>- Sotmenho hongo holo pte. subpda no abd. no</p> <p>- Tolo gmed. Anil polso</p> <p>- no. pnd. no.</p>	
DATA <u>18/02/17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Dr. Marcelo Alves</u>

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>7º</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 risco Cirúrgico</u> <u>Não Conhecido de</u> <u>PA = 170 x 80 mmHg.</u> <u>ECG - Normal</u> <u>Risco Cirúrgico - Baixo Risco</u>	
<u>23/02/17</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018





21/02/14.

Pa - 14 men Ag C/ cockpit  
#0 - normal

Now we do - seen no birds  
before total  
thunderstorm here a while

09. Run to Pa  
Alto of us 9. of  
Esplan. E. bound Pa. Now

  
Dr. Vanderley S. Gadelino  
45339

16 MAIO 2018





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



### REQUISICÃO DE PARECER

NOME: <u>Luciano da</u>	
DA CLÍNICA <u>Neurologia</u>	ENFERMARIA <u>6º</u>
A CLÍNICA <u>de Patos</u>	LEITO <u>5</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>trauma cranial</u> <u>20/12/17</u> <small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</small>	
DATA <u>20/12/17</u>	
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Dr. Denilson Pereira da Alencar</u> <small>Neurologia CRM 5564</small>	
PARECER:  <u>Yé avaliando o</u> <u>Vide anexo</u>  <u>Saliente Pressão arterial</u> <u>flácida - hematuria</u> <u>+ reflexos patológicos</u> <u>lefe. R. + teste MR</u> <u>ceft + Refort</u>  DATA _____	
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>21/12/17</u> <u>4530</u> <small>Dr. Kleber C. de F. Leite Neurologia CRM 4935 CNS-2070922/15100391</small>	

16 MAIO 2018





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

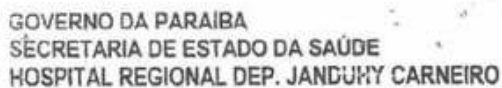


### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Rogério Alves</u>		<u>São José</u>	
DA CLÍNICA <u>C. UNOP</u>	ENFERMARIA <u>7º</u>		
A CLÍNICA <u>Neurologia</u>	LEITO <u>01</u>		
MOTIVO DA CONSULTA:		(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>transf. / tco</u>			
<u>20/12/18</u>			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
		<u>Sonally Santos</u> Enferm. Colégio de Ensino CRM 71841/18	
PARECER:		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

16 MAIO 2018





NOME: Rogério

DA CLÍNICA Wider ENFERMARIA 06  
A CLÍNICA 028/0011 LEITO 05

MOTIVO DA CONSULTA: Trouxe em MSD

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

21/02/17 DATA

Dr. Danielson Pereira de Azevedo  
Neurologia  
Ostia 2000

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Parecer recebido por  
Dr. Marcelo Aler no dia  
19/02/17.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018





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



### REQUISICÃO DE PARECER

NOME: <u>Rogério Ares</u>	
DA CLÍNICA <u>Cerebral</u>	ENFERMARIA <u>                    </u>
A CLÍNICA <u>Oficina de Diagnóstico</u>	LEITO <u>                    </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>traum em olho</u> <small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</small>	
<u>18/02/17</u> DATA	<u>Sonally Santo</u> Oftalmologista CRM 5935 PB ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente se queixa de dor no olho.</u> <u>Relata que culminando em trauma.</u> <u>Após exame: Injúria:</u> <u>Hiperemia / Hemorragia conjuntival 08x02.</u> <u>Instabilidade ocular direita.</u> <u>RPM instável direita.</u> <u>Fratura na íris e base da pupila direita (silenciosa).</u> <u>Sem lesão direta em globo ocular.</u> <u>Com O Acolhimento de neurologia</u> <u>© Instável conjuntiva 4 mm</u> <u>periorbitária - conjuntiva 3 = Hemorragia.</u> <u>III</u> <u>18/02/17</u> DATA	
<u>Dr. Kleber C. de F. Leite</u> Oftalmologista CRM-5935 PB CBO-225144 CNS-201198252970001 ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

16 MAIO 2018



12/01/17 Ouedi de mob

glozen 15

T e do uins: carbon fante

reduzido carbide com novo cargo de 66 (151 tons)  
que suporta repeti te de uins ouros e to consome  
a m-apio).

JOSE SUELIO  
TORRES  
16 MAIO 2018

16 MAIO 2018







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>habeuismo limitado</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 Viscerais
1) Acesso em DDA AP 5 cm da linha
2) Fecho assepsia e antibiótico
3) Fecho com fio
4) Dissecção dos planos
5) Fecho profundo + fixação da fratura
6) Placa 3x3 + 2 parafusos
7) Sutura dos planos
8) Lavagem

16 MAIO 2018

