



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
<b>ROGERIO ALVES GOMES (AUTOR)</b>	<b>VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32480 526	20/07/2020 14:23	<a href="#"><u>2735053_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA LUCENA SIMÕES,

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

Órgão SCFPB, portador do CPF nº 251.407.369-20, com  
domicílio na cidade de SANTA TERESINHA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PROJETADA, nº \_\_\_\_\_,

complemento Calm, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROGENIO ALVES GOMES, cujo o condutor era HELTON JOSÉ BEZERRA LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA.

Modelo: CG 160 FAN ESDT

Ano: 2015

Placa: QFW4529

Chassi: 9C2KC22006RJO5227

Data do Acidente: 17/10/2017

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



x Antonia Lucena Simões

Assinatura do Declarante

x Suelio Moreira Torres

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

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**  
**João Rufino de Lucena**  
**Oficial**  
**CEP 58720-000 - Santa Terezinha - PB**



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Pedro dos Santos, 164, Centro, Santa Teresinha

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

ANTONIA LUCENA SIMÕES

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

Notário: João Rufino de Lucena

Selo Digital:AGS89701-UOII

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

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

*16 MAIO 2018*





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu VANESSA SAMARA FERREIRA LEANNO inscrito (a) no CPF/CNPJ 083 436 954 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROGENIO ALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o No 040.387.789 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROGENIO 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
RUA ALAINDE MEDEIROS	SN	CORR
Bairro <u>ITACOBÁ</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58700-000</u>
Email <u>VANESSASAMARA@LIVE.COM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 38851-3409</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98851-3409</u>

1703-1932 de MARÇO de 2018  
Local e Data

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANNO

Assinatura do Declarante

DODRL.001 V001/2017

16 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Além de outras informações que constam no documento, o cliente deve pagar:

Nº 005.891.577



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 230, Km 25 - Criciúma Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-035  
CNPJ 93.295.183 / 0881-49 - Insc. Est. 16.215.823-0

### 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

Rotelro: 18-118-460-1760  
83670009000-8 56300054000-2 14448402018-1 04300110019-0



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

16 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201423032370000031114411>  
Número do documento: 2007201423032370000031114411

Num. 32480526 - Pág. 4



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

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

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Vanessa Santana Leite</i>	CPF do Representante legal <i>18279.885-1409</i>
Email: <i>vansan.santana.leite.econ</i>	
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:	
<b>Assinalar uma das opções abaixo:</b>	
<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 permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que seja declarada 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 as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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

*S. TATOJ-PB* 24 de ABUL de 2018.  
Lugar e Data

*Rogério Alves Gomes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

16 MAIO 2018

*DOCUMENTO ORIGINAL*





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



SAMU  
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: JSA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

<b>DATA:</b> <u>31/02/17</u>	<b>OCORRÊNCIA Nº:</b> <u>Legião Alves Gomes</u>	<b>PACIENTE / USUÁRIO:</b> <u>Legião Alves Gomes</u>	<b>IDADE:</b> <u>23</u>	<b>SEXO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
<b>LOCAL DA OCORRÊNCIA:</b> <u>BR 361, Patos</u>	<b>BAIRRO:</b> <u>Centro, Geraldo C. Viana</u>	<b>MÉDICO REGULADOR:</b>		
<bapoio b="" local:<="" no=""> <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:</bapoio>				
<b>QTA:</b> <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 AGRADO:

<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 CARDIACA	<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):

Aparece na USB 1 (SANTA TERECINHA), trauma secundário a acidente automobilístico.

DADOS VITais:

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

P.A.: 160 X 80 FC: 93 TEMP.: 36°C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 95 SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

16 MAIO 2018

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

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

INTERVENÇÕES:

SSUU + Mobilização correta do paciente + cavalinhos  
do Médico interventionista e o paciente segue os HRÉ.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente de 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 excep-  
cões e possível fratura em punho @, foi immobilizado,  
tratado pelo RT e liberado para seguir na USB 1 para



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: *Glasgow 13*

AGITAÇÃO  SONOLÉNCIA  COMA  CONVULSÃO  OTORRAGIA  RIGIDEZ  MIDRIASE

EXAME GINÉCO-OBSTÉTRICO

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

OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

*Obst de norte (color em amarelo) Fase II UTI*

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL  CÂNULA OROFARÍNGEA  CRICOTIREIDOSTOMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2)  DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  CURATIVO  
 FUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL  
 TALAS/TRAÇÃO  OROTRAQUEAL  OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

*Treatment contínuo; oxigênio.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

*Força contração, ondulações, alterações, risco de aborto.*

*Está em hemorragia parabólica → O + R → R + R.*

*Próx. diaxis e folicular.*

*No exame exato, fundo de Boley, nulo.*

ENCAMINHAMENTO:  LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO  RECUSA O ATENDIMENTO  ÓBITO NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

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

RECUSA:

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

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: *José Alencar* CRM: 3865/RS MAT.: 16 MAIO 2018

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

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

CONDUTOR: *José Alencar* MAT.: \_\_\_\_\_





SAMU  
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
17/01/19		Nogueira Alves Júnior	43	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
K Cemaló Luis Camboriú	BR 365		Menezes Dib (Raic)	
APOIO NO LOCAL:	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIRO <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:			
GTA:	<input type="checkbox"/> SORRIDO POR TERCEROS <input type="checkbox"/> RÉCUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:			

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGRESIVO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QÜEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELÉTRICO/USO	<input type="checkbox"/> DURADOURAS
<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 TÉCNICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVO	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HISTERIATISMOS ANTERIORS
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVÍCIO MÉDICO: HRP

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO

SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

*Escorrevores + Fazendo ME grau ponto de guedenom*

DADOS VITais

VIAA:  LIVRE  UDSTRUIDA / RESPIRAÇÃO:  >30/min  <30/min / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg

P.A. 140x80 FC: PR. 81 TEPRI: \_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_ mg/dL - E. Com: 13 SpO2s/O2: 97 SpO2sO2: \_\_\_\_

DISTIMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

16 MAIO 2018

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Antidiábolos  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação Virtual Prejudicada  Contração Aquática  Desembolização Prejudicada  Dália  Cardíacos Diminuídos  Dissolução Inicial das Vias  Dissestoza Autônoma  Dura Aguda  Hipertensão  Hipotensão  Intinguidade da Pele Prejudicada  Higrofato Inicial  Paroxismo Tissular Cardiopulmônico Inicial  Medio  Hipotensão a Altíssima  Mucosa Oral Prejudicada  Perdida Respiratória Inicial  Período Tissular Inicial  Início  Traspaço Gaseoso Prejudicado  Ventilação Espontânea Prejudicada  Perfusão Tissular Renal Inicial  Termoregulação  Retorno Urinário  Transiente Elementar Perturbada  Dilatação Social Prejudicada  Osteoporose Inicial  Volume Excessivo de Líquidos  Edema  Outros

INTERVENÇÕES

*35 UV + AVP 5L + enxelatizar de juncinha subc  
excluindo medicos*

Evolução do enfermeiro:

*Paciente sexo masculino 43 anos, vítima de colisão moto com animal, consciente, vêres escoriações MMS + MMS + Fim Tira de USA (pulso), fez enxelatizar de juncinha sob regulamento médico AVP+SR cever aberto + transportado HRP. No decorrer do transporte dia de sexta-feira notável, fez reabertura capsula das USA no decorrer do percurso, onde a vítima chegou com 3º aveludado e o mesmo pulou que não tinha necessidade de USA, fez alguma lavadagem e mandou seguir o transporte ao HRP. Ao chegar ao HRP o paciente conseguiu se apoiar*



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)	
01 Jelen 22	01 látex
01 SR	01 cateter
01 gaze	01 Enxame noem
01 ampuador	02 atadura

S.C.G.  
 NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO  
 AGITAÇÃO  SONOLÉNCIA  COMA  CONVULSÃO  OTORRAGIA  RIGIDEZ  MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO  
 ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS  TRABALHO DE PARTO  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

##### DIAGNÓSTICOS

##### PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AEREAIS  INTUBAÇÃO NASO/OROTRÁQUEAL  CÁNULA OROFARINGEIA  ORIOCUTIREIDOSTÔMIA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2)  DRENAGEM TORÁCICA
- MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  DESFIBRILERAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  DIURATIVO
- PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL
- TALAS/TRAÇÃO  OROTRÁQUEAL  OUTROS: \_\_\_\_\_

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

BNP 1 SR + anestesia gástrica de juncinha

##### Evolução clínica / Intercorrelações (MÉDICOS)

##### ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO  RECUSA O ATENDIMENTO  FICOU NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
- ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

##### POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELI-VAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

##### RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

##### ASSINATURA:

##### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: Klaus CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_ Rogatader

ENFERMEIRO(A): Renata COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Renata Pereira Gonçalves COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

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

16 MAIO 2018



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

## CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1771/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SEIS (26)** dias do mês de **ABRIL** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **RÔNIS FERNANDES FEITOSA**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ROGÉRIO ALVES GOMES**, brasileiro (a), RG: 1.798.325 SSDS/PB, CPF: 040.387.784 95, natural de Santa Teresinha/PB, data de nasc. 07/09/1973, Filho (a) de Iolanda Gomes de Oliveira Alves e de Sebastião Alves de Sousa, Residente na Rua Geraldo Luiz Camboim, nº 165, bairro Centro, Santa Teresinha/PB, Tel.: (83) 9.81025175, a fim de notificar o seguinte:

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

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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal** referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.  
– Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Rogério Alves Gomes  
Suelio Moreira Torres

Patos/PB, 25 de Abril de 2018.

  
**Hermando 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 <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 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 da **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**E 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 do Vínculo	Nome completo da vítima	
	040.384.784-95	ROGÉRIO ALVES GOMES	
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome e sobrenome <b>ROGÉRIO ALVES GOMES</b>		Residência <b>RUA GEIVALDO LIMA 2 CAMBOIM</b>	CEP <b>58720-000</b>
Endereço <b>CENTRO</b>		Cidade <b>SANTA FEZINHA</b>	Número <b>58</b>
Bairro		Estado <b>PR</b>	Complemento <b>RESIDOU</b>
Email <b>ROGÉRIO.SAMARA@UOL.COM</b>		Telefone (DDDD) <b>(87) 9.8651-4409</b>	
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 da comprovação de residência do endereço informado.			

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1 MILHÃO	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	RS 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANCA	Montante para os benefícios abertos. Antes de serem efetivados.		
<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO (2127)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (0051)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (3411)	
<input checked="" type="checkbox"/> AGÊNCIA	CONTA	CONTA CORRENTE (Nº da agência)	CONTA
0043	34759813		
Informar agência se existir	Informar número da conta	Informar número da agência	Informar número da conta

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Ribeirão das Neves - PB* 24 de Abril de 2018.  
Local e Data

*Rogério Alves Gomes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

16 MAIO 2010

**DOCUMENTO ORIGINAL**

16 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014230323700000031114411>  
Número do documento: 20072014230323700000031114411

Num. 32480526 - Pág. 12



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.

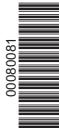
Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Pag. 00161/00162 - carta\_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13121500



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201423032370000031114411>  
Número do documento: 2007201423032370000031114411

Num. 32480526 - Pág. 13



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



Pag. 01187/01188 - carta\_01 - INVALIDEZ



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**



# 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014230323700000031114411>  
Número do documento: 20072014230323700000031114411

Num. 32480526 - Pág. 16

## PROCURAÇÃO

OUTORANTE: Rogério Alves Gomes,  
inscrito no CPF/MF sob o nº 040.387.784-95 e RG  
J79R325, SSP/PR, residente e domiciliado junto a Rua  
Genivaldo Lutz em Boa Vista, SN bairro  
Centro, cidade de SANTA TEREZINHA - PR,  
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 Palos-PB. CEP 58700-970, e endereço eletrônico gambaraleandroadv@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.**

 Rogério ALVES GOMES  
AUTORGANTE

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 RÁDIO ESQUERDO,  
FRATURA DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAL ( ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA)

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

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

**CRM do médico:** 52.35988-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB				Nº 013747608484
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				PRT 20170400023990 /
VIA	COD. RENAVAM	R.N. E.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0107179149-1	00/00000000	2017	
NOME ANTONIA LUCENA SIMOES				
CPF / CNPJ 25140736420		PLACA QFW4529/PB		
PLACA ANT. (LE) NOVO PB		CHASSI 9C2KC2200GR105227		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL		
MARCAS / 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 00/00/0000	VENC. / COTAS 1 <sup>a</sup> 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>	
PAIXA LPVA *****		PARCELAMENTO / COTAS 0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IDF (R\$) SEGURO	PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	DATA DE PAGAMENTO 03/10/2017
OBSERVAÇÕES				
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA				
REST. BEN. TRIBUTARIO 0				
SANTA TERESINA - PB 26/10/2017				
36838		41033		

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

PB Nº 013747608484 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 26/10/2017

VIA	CPF / CNPJ 1 25140736420	PLACA QFW4529/PB
RENAVAM 01071791491		MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI
ANO FAB. 2015	CAT. TARE. 9	Nº CHASSI 9C2KC2200GR105227
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IDF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELO DESJADO (R\$) PAGO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	DATA DE LIQUIDAÇÃO 03/10/2017
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 06.248.666/0001-04		

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

PLACAR: SEBASTIAO ALVES DE SOUSA  
IOLANDA GOMES DE OLIVEIRA ALVES

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

DOC ORIGEM  
CASAM N.15.547 FLS.96 LIV.B-42  
CARTORIO PATOS-PB  
040.387.784-95

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201423032370000031114411>  
Número do documento: 2007201423032370000031114411

Num. 32480526 - Pág. 20



**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 corpo.

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

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

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

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

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

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

09 JUL. 2018



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

Cajazeiras, 05.07.2018

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

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

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

09 JUL. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:23:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201423032370000031114411>  
Número do documento: 2007201423032370000031114411

Num. 32480526 - Pág. 23



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



### RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rogério Alves Gomes</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>23/02/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>DR WAELESON</i>	1º Auxiliar <i>DR F Sma</i>	
Anestesista <i>DR Augusto</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>r maimor radio distal (BARRON)</i>		
Tipo de Cirurgia <i>hábeunto unguis</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>O mimo</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

- ① Fazeu le um D.D.H ap baus ferro
- ② feito assepsie + asepsie
- ③ feito um uolos
- ④ evscoço por plumb
- ⑤ feito reanuplo + fitaçao das fraturas
- ⑥ fixa 3x3 + 2 parafusos
- ⑦ sutura por plumb
- ⑧ lava baido

16 MAIO 2018





HOSPITAL REGIONAL DEP JAN DUHY 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 N.: 165  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: SANTA TERESINHA - PB  
Fone: (83)98102-5175

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: Rogerio Sandro Alves.

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

*Paciu adiou reiu acidera  
com flague te / acidera  
sem aliers*

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Viu adouz e norma  
DC curiu e em desuso do tubo med*

Diagnóstico: DCT

Motivo da Alta:

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

Repcionista: Marta

*sonografia  
cirurgia de gestos  
cirurgia de pescoço*

16 MAIO 2018





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



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Hogilene Ais.

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

Cajazeiras

Belo

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

traume em face

DATA

*Sonai*  
*Cirurgia*  
*Cranio*  
*Maxilo*  
*Facial*  
*Ortopedia*  
*Reabilitação*

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER: paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura do arcobizigomático esquerdo, operamento equiniano bifacetado, exoftalmia, aqueduto alto da cistoptisis nasal e neuropatia, poss. posterior nevus pilocítico e conduta óptica buco maxilo facial.

PAÍSES - PB

18/02/2018

DATA

Dr. Alceu de Moraes Carvalho  
Ortopedista Maxilo Facial  
C.R.O. 1000

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE Rogerio Alves Cores	DT.	LEITO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
			SUS	43	89818
CIRURGIA	ATO - cirurgia abd. MS(E)		CIRURGÃO	DR. L. L. S. SOARES	
ANESTESIA	haloqua + sedan		ANESTESISTA	DR. Augusto	
INTERVENÇÃO			DATA	23-02-17	HORARIO
				14:20 h	



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JANJURY CARNEIRO

#### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ uso e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	✓	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 12x24
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
D	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
D	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
D	TX. Sala		Seringa 5 ml
D	TX. Bisturi Elétrico	✓	Seringa 10 ml
D	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
D	TX. Oxímetro de Pulso	✓	Eletrodos desc.
	Noocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	✓	Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pevulox		Sonda Nasogástrica
	Dorminal		Éter Butílico
	Fontanil 0,06mg		Dreno Penrose
	Xilescaina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2% c/ vaso	✓	Esparadrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
I	Pubicovaina 0,5%	✓ 1 VIAL	PVP Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,6ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sudanta		Vaseline Estéril
	Diazepam	✓	Aguinha descartável
D	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropine		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
T	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
T	Cefalotina 10g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pissal		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 UI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalostomia
	Aguinha de Reque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	✓	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)

Travou o carro e se feriu com a ponta de  
uma lata de óleo de motor.  
18/02/12

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

BMF  
03-000

Pete vitória de acidente motociclistico.  
E morto -x extremidade, conserte, em prazo,  
novo orador.

No exame aponta hematomas purpúricos bilaterais +  
lacerção de abertura local + espessamento em região  
anterior do joelho (1) + degrau gelo gelo tis - vascular (2) +  
massagem aguda com dor visualizada.

Cd = ① Fratura

② Solte. De depar para confirmação  
de natureza gelenco tis (3)

③ Descanso

④ Parecer NEURO

16 MAIO 2019

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA	Nome <i>Rogério Almeida Góes</i>		Idade <i>43</i>	Sexo <i>M</i> Cor <i>D</i>
Data <i>23/01</i>	Pressão Arterial Pulso <i>131x90</i>	Respiração	Temperatura	Peso
Altura				
Type Sanguíneo	Hemáties	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
				Urênia
				Outros
Ap. Respiratório				Asteite Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma
Ap. Digestivo Dentes Pescoço				Ap. Umnário
Estado Mental Ateroxicos Corticoides				Alergia Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ext. Rayo Disk</i>				Estado Físico
Anestesia Anteriores				Risco
Medicação Pré-Anestésica <i>Ativ 1000 1000 20</i>		Aplicada às	Efeito	
Ações Anestésicas	Unidade	INDUÇÃO		
		Selar <i>Ativ</i> Expir <i>Ativ</i> Tossir <i>Ativ</i> <i>02</i> <i>26</i>	Laringo Espasmo <i>Ativ</i> Lenta <i>Ativ</i>	Náuseas <i>Ativ</i> Vômitos <i>Ativ</i>
CÓDIGO PULS-RESPIRAÇÃO VAL-ANESTÉSICOS-OPERÁRIO		MANUTENÇÃO		
Pulseira <i>Ativ</i>		<i>Ativ</i> Ativ <i>Ativ</i> Ativ <i>Ativ</i>		
Pulseira <i>Ativ</i>		<i>Ativ</i> Ativ <i>Ativ</i> Ativ <i>Ativ</i>		
Bandeiras de Anotações				
Posição				
Agentes <i>Ativ 033-1000</i>				
Técnica <i>Ativ</i> <i>Ativ</i> <i>Ativ</i>				
Operador <i>Ativ 021-021</i>				
Cirurgião <i>Ativ</i> <i>Ativ</i> <i>Ativ</i>				
Anestesista <i>Ativ</i>				
Observações				
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				

16 MAIO 2018





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



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Raoni Alvaro Gomes		
DA CLÍNICA	R. J. Antonor	ENFERMARIA	<input type="text"/>
A CLÍNICA		LEITO	<input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
<i>Pelikano</i>		<i>Sacava Adalisa</i>	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER:			
<p>Anteriormente</p> <p>Anam - houve d. acidente e fratura</p> <p>- dor - pole (3)</p> <p>- exant: dor - edema - escoriações</p> <p>Exant: Fratura d. radio distal (3)</p> <p>Clin - Rx d. pole (3) ORT/peça</p> <p>- Sintomas bony - pole osteofilia possivelmente outros esquistodermatos</p> <p>- Tela grande sem polema</p> <p>- m. queimaduras</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:

Rogério Alves Gomes

DA CLÍNICA médica  
A CLÍNICA Cardiologia

ENFERMARIA 7º  
LEITO 01

*Ortopedia*

MOTIVO DA CONSULTA:

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

- Risco Cirúrgico

22/02/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

ARECER:

Paciente seu nome Cardiologista  
Nuno Correia de  
Ps = 170 x 80 mm.  
ECG -> Normal  
Risco Anágico - Baixo Risco

23/02/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018



21/02/14.

Po - 14 wan by c/ excoft  
Fio - nome /

Mais um fo - nem wantado  
para totall  
mentem por a dica

o) huma, P.  
Ala em P. e F.  
espan liberdade Name

R  
Dr. Vanderley S. Gadelha  
4530

16 MAIO 2018





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PREDIAL



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Jocelino Ros		
DA CLÍNICA	Hospital	ENFERMARIA	6º
A CLÍNICA	UFPA	LEITO	5
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Tremor súbito		Dr. Denilson Pereira da Alencar Neurologista Número 564	
20/10/11		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
DATA			
PARECER:			
Vé ovalando - 13/10/2011 Vide anexo			
Dr. Kleber C. de F. Leitão CRM-1593 - PRCB-223144 CNS-2014062403700031			
Sali cts pressão cérebra Offid no - hemianopsie 273 cm + reflexo pupilar expandido leq. Ro, tares MR cevof + Dufort		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA		20/10/2011	

16 MAIO 2018





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



## **REQUISIÇÃO DE PARECER**

**NOME:**

**REGISTRO DE CONSULTA**

ENFERMARIA  
LEITO

#### MOTIVO DA CONSULTA:

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

team) + cb  
guitar

Sonally Santos  
Clerical Catechist  
CRM 718440

ASSOCIAÇÃO DO MÉDICO CONSULTANTE

BARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉRICO ENRECA ALMEIDA

16 MAY 2018

16 MAIO 2018





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



## **REQUISIÇÃO DE PARECER**

**NAME:**

DA CLÍN  
A CLÍNIC

---

**MOTIVO DA CONSULTA:**

ENFERMARIA  
LEITO

26  
25

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

Town in MS.)

21/00/12

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO D'ANSELMO FANTINI

**PARECER:**

CER:  
Paran responds re  
Dr. Marcelo Alvar no his  
18/10/2017.

1247

ANEXATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16 MAIO 2018

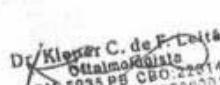




GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## **REQUISIÇÃO DE PARECER**

NO ME:	Rogério Ares
DA CLÍNICA	C. J. Leito
A CLÍNICA	Operatório
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)
Dor de estômago	
DATA	18/02/17.
PARECER:	<p>Paciente se queixa de dor no abdômen. Relata dor envolvendo todo o quadrante abdominal. Aos exames: turgor: Hiperfagia/ fome constante palpável 00-00. Mobilidade reduzida [ ] 0. R.F.O.: contato direto Fratura na espinha - tipo fibular superior (lateral). Será feita láctea e globo ocular.</p> <p>Conclusão: O suspeito de neurite óptica      ① pressão craniana é um paroxismo - cefalógicos → 3º Nervos cranianos</p>
DATA	19/02/17
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	 Dr. Kleber C. de F. Leito oftalmologista CRM-5935 PB CBO: 220144 CRN-2011952520700301
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

16 MAIO 2018



12/05/17 Deude de R\$ 6  
já paguei 15

Tô de novo com mais farto

resgate carreta com mercadoria e R\$ 100 mil reais  
que soube reportar fez de cinco ônibus e foi devolvida  
a mim mesmo).



A handwritten signature is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "TJSP - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO" around the perimeter and "16 MAIO 2018" in the center.

16 MAIO 2018





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

PACIENTE: Rogerio Alves Gomes

LEITO:

REG.:

DATA	HORA
24/05/18	08:00

Porto Alegre +  
mão BFL, em nos ojos  
de olhos + nos ouvidos  
Cet - cetoquin + Anos + SPCB +  
Dts de infecção

Dr. Mário Góes  
Oftalmologista  
Oftalmologista

16 MAIO 2018





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



### RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rogério Alves Góes</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>23/07/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dra. MAE ALON</i>	1º Auxiliar <i>Dra. F. Sampaio</i>	
Anestesista <i>Dra. Augusto</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura radio distal (Barton)</i>		
Tipo de Cirurgia <i>redução e imobilização</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>Ombro</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

#### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

- ① facente um DDH ap para ferir
- ② ferir assepsie + asepsie prox
- ③ ferir um norte
- ④ exposição por placa
- ⑤ ferir reduçao + fixação dos fragmentos
- ⑥ placa 3x3 + 2 parafusos
- ⑦ suturar por placa
- ⑧ ferir fechado

16 MAIO 2018

