

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455879

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

Data do acidente: 02/11/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DO OSSO FRONTAL À DIREITA), FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO: DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15º.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA DE FACE (FRATURA DO OSSO FRONTAL À DIREITA). APRESENTAVA LESÃO CORTO CONTUSA FRONTAL A DIREITA ONDE FOI REALIZADO LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E SUTURA DE PARTES MOLES, REALIZADO EXAME DE TOMOGRAFIA ONDE FIO EVIDENCIADO FRATURA DO OSSO FRONTAL A DIREITA E REGIÃO DA ASA DO ESFENOIDE A DIREITA, OPTADO POR TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO OSSO FRONTAL A DIREITA, PERMANECU POR 5 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR COM REALIZAÇÃO DE CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO FORAM OBSERVADAS SEQUELAS NEUROLÓGICAS, A VITIMA ALEGA PERDA DE MEMORIA, DISTÚRBIOS DO SONO, VERTIGEM, CEFALÉIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, LETARGIA DE FORMA LEVE, FAZ USO DE PARACETAMOL SEMANALMENTE PARA O CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS, AFIRMA DOR DE CABEÇA AOS ESFORÇOS.

Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

3 1 JUL 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTILO
SECRETARIA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO

PB

NOME: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO DE: 2870446 SSP PB

CPF: 064.978.664-50 DATA NASCIMENTO: 06/01/1985

RESIDÊNCIA: AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVANIA RAMOS WANDERLEY

PERMISSÃO: ACC DATA: AN

Nº REGISTRO: 04055760079 VALÊNCIA: 20/12/2021 1ª VENCIMENTO: 28/03/2007

OBSERVAÇÃO: 0 17 2

ASSINATURA DO TITULAR: *Amintas Dantas Wanderley Junior*

LOCAL: POMBA, PB DATA EMISSÃO: 07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]* 93146464748 PB036866040

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR 1665623017

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190455879**

Nome do(a) Examinado(a): **ALISSON GOMES DE MORAIS**

Endereço do(a) Examinado(a):

SIT MARAVILHA, S/N - AREA RURAL - Paulista - PB - CEP 58860-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3723619**

Data e local do acidente: [**02/11/2017**] **PAULISTA PB**

Data e local do exame: [**16/08/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA DE FACE (FRATURA DO OSSO FRONTAL À DIREITA), FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO: DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15º.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA DE FACE (FRATURA DO OSSO FRONTAL À DIREITA). APRESENTAVA LESÃO CORTO CONTUSA FRONTAL A DIREITA ONDE FOI REALIZADO LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E SUTURA DE PARTES MOLES, REALIZADO EXAME DE TOMOGRAFIA ONDE FIO EVIDENCIADO FRATURA DO OSSO FRONTAL A DIREITA E REGIÃO DA ASA DO ESFENOIDE A DIREITA, OPTADO POR TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO OSSO FRONTAL A DIREITA, PERMANECER POR 5 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR COM REALIZAÇÃO DE CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

O EXAME DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO: DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15º

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO, LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CÓD. RENAVAM 1 0025676474-3 00/00000000 2017
EXERCÍCIO 2017/2000076474-3

ALISSON GOMES DE MORAIS

CPF / CNPJ 10061660418 PLACA NQJ7969/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1550AR215066

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD 2010
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC / COTAS
FAIXA LÍQUA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) *****
SEGURO P A G O DATA DE PAGAMENTO 29/09/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PAULISTA-PB LOCAL 15466
DATA 29/09/2017

DETRAN

CONTRAN

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

PB Nº 013027304428 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 29/09/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 10061660418 PLACA NQJ7969/PB
RENAVAM 30256764743 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB 2010 CAT TAF 9 Nº CHASSI 9C2KC1550AR215066

PRÊMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) ***** DEPRETRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) *****
SEGURO P A G O
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.608/0001-04

15466-1016539-20170929



SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12SAMU
192

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 02.11.17	HORA 18:56	Nº ID 29	PACIENTE/USUÁRIO Alison Gomes de Moraes	IDADE 23	SEXO F () M () F
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 293			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dr. Selimio	
() TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:			APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN OUTRO:		
QTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:					

MOTIVO DA ATIVAÇÃO

Alison moto/moto

EXAME		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE				
			INSTÁVEL	ESTÁVEL						
PELE	() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA		SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS							
VIAS AERE	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST AUSC. PULM: () MV () RA- () CREPTOS () SIBILOS () RONCOS		HORA	19:05						
CARDI	() NORMOCÁDICO () BRADICÁDICO () TAQUICÁDICO () BCNF () BCHF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: () > 2S () < 2S CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG		PA mmHg	16/90						
			FR lpm							
			FC bpm	99						
			SPO ₂ %	98						
			T _{ax} °C							
DIGES	() NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATÊMESE		HGT mg/dl	153						
ABDO	() NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:		ECG							
NEUR	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO		APGAR							
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES: MIN: BCF: () NORMOFO () HIPOFON		PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
	QUEI	CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE
		I								
		II								
		III								

ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

QUEIXAS: Dor

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: () Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada
() Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da
pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância a atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de
Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal
ineficaz () Termoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos
excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação
() Outros:

Intervenções: Manter paciente em SSVU, monitorização contínua, avaliação da evolução da trauma, ACP com BRL.

Implementações da assist. / evolução de enfermagem: Paciente consciente, orientado, vitais em valores normais, SSVU, punções, com trauma na região frontal da cabeça, sinal de Quechua no olho direito, socorrido em ambulância, e mesmo foi atendido e encaminhado para o Hospital local, onde foi evoluído e transportado para o HRL com o apoio da UPA 05.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%					
OUTRO					

31 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-239

ESTADO DA PARAÍBA

SOCIEDADE DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Jaques Ramos Wanderley

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVANTA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAIS-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

CCC ORIGEM CASAM N.10728 FLB.248 LIV.B-28
CARTÓRIO POMBAIS-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO TITULAR

LISAN 7.116 DE 28/0001

3 1 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA OBTUTIVA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Alisson Gomes de Moraes

CARTÃO DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de inscrição
100.616.604-18

Nome
ALISSON GOMES DE MORAIS

Nascimento
26/05/1994



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
3.723.619
DATA DE EMISSÃO
03/12/2008

NOME
ALISSON GOMES DE MORAIS

FILIAÇÃO
**ANTONIO CANDIDO DE MORAIS FILHO
ANA GOMES RAMALHO DE MORAIS**

NATURALIDADE
POMBAL-PE
DATA DE NASCIMENTO
26/05/1994

DOC. ORIGINAL
NASC.N.8285 FL3.228 LIV.A 8

CPF
CARTORIO PAULISTA PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

31 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 JAQUES RAMOS WANDENLEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALISSON GOMES DE MONAIS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.616.604-18

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALISSON GOMES DE MONAIS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.616.604-18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 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 BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JAQUES-ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83)999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 29.07.2019

Jaques Ramos Wandenley

Assinatura do Declarante

3 1 JUL 2019

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETROPOLIS POMBAI, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y17F649254	23/01/2018	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
133	140	7	30	07/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2019	6	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	12	TURBIDEZ	46	46	46	
NOV/2018	11	CLORO	46	46	46	
OUT/2018	9	COL.TERMOT	0	0	0	
SET/2018	11	COR	10	46	42	
AGO/2018	22	COL.TOTAIS	46	46	46	
MEDIA(H)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

67,65

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

22/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,65



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 67,65

DEBITO AUTOMATICO

3 1 JUL 2019

SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12SAMU
192

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 02.11.17	HORA 18:56	Nº ID 29	PACIENTE/USUÁRIO Alison Gomes de Moraes	IDADE 23	SEXO F () M () F
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 293			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dr. Selimio	
() TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:			APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN OUTRO:		
QTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:					

MOTIVO DA ATIVAÇÃO

Alison moto/moto

EXAME		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE				
			INSTÁVEL	ESTÁVEL						
PELE	() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA		SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS							
VIAS AERE	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST AUSC. PULM: () MV () RA- () CREPTOS () SIBILOS () RONCOS		HORA	19:05						
CARDI	() NORMOCÁDICO () BRADICÁDICO () TAQUICÁDICO () BCNF () BCHF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: () > 2S () < 2S CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG		PA mmHg	16/90						
			FR lpm							
			FC bpm	99						
			SPO ₂ %	98						
			T _{ax} °C							
DIGES	() NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATÊMESE		HGT mg/dl	153						
ABDO	() NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:		ECG							
NEUR	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO		APGAR							
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES: MIN: BCF: () NORMOFO () HIPOFON		PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
	QUEI	CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE
		I								
		II								
		III								

ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

QUEIXAS: Dor

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: () Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada
() Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da
pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância a atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de
Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal
ineficaz () Termoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos
excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação
() Outros:

Intervenções: Manter o paciente em SSUV, monitorar sinais vitais, administrar analgésico conforme necessidade, manter a temperatura corporal, administrar oxigênio via nasal, manter a hidratação, administrar medicamentos conforme prescrição médica, manter a segurança do paciente, manter a comunicação com a equipe de saúde, manter a documentação adequada.

Implementações da assist. / evolução de enfermagem: Paciente consciente, orientado, vitais estáveis, em SSUV, com oxigênio via nasal, com analgésico administrado, com hidratação adequada, com medicamentos administrados conforme prescrição médica, com documentação adequada.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSIOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%					
OUTRO					

31 JUL 2019

ANTONIO CANDIDO MORAIS FILHO
SIT MARAVILHA, S/N - AREA RURAL
PUERAS / PB CEP: 58860000 (AQ: 237)



Ligação: MONOFÁSICO
Clt/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 11 - 244 - 909 - 4010 Referência: Jun / 2019
Medidor: 00009487651 Emissão: 17/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/230, Km 20 - Favela Passagem - João Pessoa / PB - CEP 53071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.323.0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 026.612.773
Cod. par. Dta. Automático: 00000833178

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	17/06/2019	18/07/2019	694.417.584-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/83317-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2003.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrazil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/05/19	Leitura 12998	Data 17/06/19	Leitura 13178	1 192 31

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alta	Consumo	Base Calc.	Po	Consumo
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pto/Consumo (R\$)		(1,0459%) (4,9955%)	
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,367890	8,83	8,83	27	2,33	8,83	0,09
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,493540	34,54	34,54	27	0,32	34,54	0,37
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	82,000	0,740300	60,10	60,10	27	19,29	60,10	0,75
0601	Adic. B. Amarela			1,10	1,10	27	0,80	1,10	0,05
0610	Subsídio			47,17	47,17	27	12,73	47,17	0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0909	Devolução Subsídio			-31,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item: TOTAL 127,97 159,54 43,07 159,54 1,72 7,96
Tarifa de Tributos: Alta 30kWh 0,182580 Alta 100kWh 0,390280 Alta 220kWh 0,499420

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
193	26/06/2019	R\$ 127,97

Histórico de Consumo (kWh)

178	189	205	174	192	226	198	207	199	199	175	190
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19

RESERVADO AO FISCO

8710.2ff5.a69f.395a.1957.21da.f630.de2e.

Indicadores de Qualidade - 4/2019 - Padua

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,48		
DIC ANUAL	46,96		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
PC MENSAL	7,67	0,00	
PC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE SUPERIOR 231
PC ANUAL	30,69		
DMSC	6,49	0,00	
DMSC	18,60		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PE	26,63	20,85
Compra de Energia	28,07	22,15
Serviço de Transmissão	4,15	3,24
Encargos Setoriais	6,31	4,93
Impostos, Oneros e Encargos	52,78	41,23
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	127,97	100,00

Valor do EUSC (Ref. 4/2019) R\$ 33,71

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,57

Faturas em atraso

3 1 JUL 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 100.616.604-18 Nome completo da vítima: ALISSON GOMES DE MONAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ALISSON GOMES DE MONAIS CPF: 100.616.604-18
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO MANAVILHA Número: 512 Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PAULISTA Estado: PARAIBA CEP: 58.860-000
E-mail: Tel.(DDD): (83) 999746322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18394-8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, PAULISTA-PB, 15.07.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Alisson Gomes de Monais
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Assinatura

2ª Nome: MAYARA MONTEIRO QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.334-09
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1226/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data do fato: **02/11/17** hora: 19h:00min

Notificante: **ALISSON GOMES DE MORAIS**, alcunha "**ALISSON**",
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, estudante, naturalidade:
Pombal/PB, nascido em 26/05/1994, documento: RG nº 3.723.619
SDS/PB, filho(a) de Antonio Candido de Moraes Filho e de Ana Gomes
Ramalho de Moraes, endereço: Sítio Maravilha, Zona Rural de
Paulista/PB, referência: telefone para contato 83-9823 8552.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **HOMERO PERAZZO FILHO**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: ***, Estado Civil: ***,
Profissão: , Escolaridade: ***, documento:
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que o noticiante informa
que na data 02/11/17, por volta das 19h:00min o noticiante guiava
a motocicleta modelo Honda CG 150 Fan ESI, cor vermelha, placa NQJ
7969/PB, chassi 9C2KC1550AR215066, renavam 0025676474-3,
registrada em nome do noticiante quando nas imediações do Fórum da
cidade de Paulista/PB, uma motocicleta não identificada ao fazer
uma ultrapassagem bateu na motocicleta do noticiante; Que o
noticiante perdeu o controle da sua motocicleta vindo a cair no
asfalto; Que o noticiante foi socorrido pelo SAMU da cidade de
Paulista/PB e em seguida foi encaminhado para o Hospital de
Paulista/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 12 de Dezembro de 2017. Às 11:40 horas.

Alisson Gomes de Moraes

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

POLÍCIA CIVIL

31 JUL 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 100.616.604-18 Nome completo da vítima: ALISSON GOMES DE MONAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ALISSON GOMES DE MONAIS CPF: 100.616.604-18
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO MANAVILHA Número: 512 Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PAULISTA Estado: PARAIBA CEP: 58.860-000
E-mail: Tel.(DDD): (83) 999746322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18394-8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, PAULISTA-PB, 15.07.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Alisson Gomes de Monais
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Assinatura

2ª Nome: MAYARA MONTEIRO QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.334-09
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455879

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON GOMES DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ALISSON GOMES DE MORAIS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000018394-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455879

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455879

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALISSON GOMES DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISSON GOMES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000018394-8

Nr. da Autenticação D4C5B362F342CAC0

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: ALISSON GOMES DE MORAIS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3.723.619 SSDS/PB E CPF: 100.616.604-18, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO MARAVILHA, S/N, ZONA RURAL, PAULISTA - PB. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima ALISSON GOMES DE MORAIS, COM RG: 3.723.619 SSDS/PB E CPF: 100.616.604-18 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 02 / 11 / 2017.

PAULISTA - PB, 05 / 07 / 2019.

x Alisson Gomes de Moraes

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº At 8-05168-VN5E



31 JUL 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260085/19

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

CPF: 100.616.604-18

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: ALISSON GOMES DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALISSON GOMES DE MORAIS : 100.616.604-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71825665

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR
RUA SANCHIA QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAI, PB 58840-000

3 1 JUL 2019

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.002.155.0307.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N469919	12/01/2017	EXTI, ACR, LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
45	48	3	30	07/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
JAN/2019	8	PARAMETROS		EXIC.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	3	TURBIDEZ		46	46	46
NOV/2018	3	CLORO		46	46	46
OUT/2018	1	COL.TERMOT		0	0	0
SET/2018	1	COR		10	46	42
AGO/2018	2	COL.TOTAIS		46	46	46
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 08/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:59:35

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONFINS. LEI 17.241/17

VENCIMENTO:

22/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

71825665

FEV/2019

22/02/2019

R\$ 37,91

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 02201940003 9



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º QUIRODÁCTILO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NÃO FORAM OBSERVADAS SEQUELAS NEUROLÓGICAS, A VITIMA ALEGA PERDA DE MEMORIA, DISTÚRBIOS DO SONO, VERTIGEM, CEFALIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, LETARGIA DE FORMA LEVE, FAZ USO DE PARACETAMOL SEMANALMENTE PARA O CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS, AFIRMA DOR DE CABEÇA AOS ESFORÇOS.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Diogo César de Silva Barbosa
Enfermeiro
COREN PB 293.128

ENFERMEIRO: _____ EQUIPE _____
COREN: _____ TÊC. ENFER. _____
LOCAL DE DESTINO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

3 1 JUL 2019

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 01288784

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

RESERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

11864

11864

Nome
JAQUES RAMOS WANDERLEY

Filiação
**AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVANIA RAMOS WANDERLEY**

Naturalidade
POMBAL-PB

RG
3428328 - SSP PB
possui ou não RG e CPF

DATA DO NASCIMENTO
08/05/1980

CPF
032.976.134-08

DATA DE EXERCÍCIO
01/10/2008

NÃO

JOSE CARLOS PORTO JUNIOR
Presidente

3 1 JUL 2019

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

	(Valores em Reais)
TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

CONFIDENCIAL

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

3 1 JUL 2019



3 1 JUL 2019

3 1 JUL 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
FACILITACAO DE IDENTIFICACAO

NOME
MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC IDENTIFICACAO / TITULO IDENTIFICACAO
3141039 SSP

CPF
059.842.774-09

DATA NASCIMENTO
12/06/1989

IRACAO
IRAIAS QUEIROGA
SOBRINHO
JUSSARA PEREIRA NUNES
QUEIROGA

PERMISSAO
ATC
CACM

NP PERMISSAO
04191542350

VALIDADE
17/10/2024

DATA EMISSAO
20/09/2007

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548960537

Assinatura do Portador
MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

LOCAL
POMBAL, PB

DATA EMISSAO
01/12/2017

Assinatura do Emissor
54986668481
PB035541199

PARAIBA

3 1 JUL 2019



SAMU 192 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192
Paulista-PB

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE PAULISTA
SAMU 192

Relatório de Transferência Inter-Hospitalar / Intermunicipal

Ocorrência nº 29 Data: 02.11.17 Hora: 18:56

Nome da Vítima: Alisen Gomes de Moura Idade: 23

Evento: (-e) Trauma: () Clínico: () Obstétrico: () Psiquiátrico: ()

Outros: _____

Procedimento: Transferência

Solicitante: Dr. José Hermínio

Destino: HUP Paulista

Contato: _____

Circunstância da Transferência:

Paciente sofreu acidente de moto, com TCE e ferimento no membro superior direito com fratura (comminada).

Identifique quais as ineficiências deste Hospital para a manutenção da vida do paciente:

Paciente em TCE. Deveria receber TC Cirúrgico - Escalpelar

Procedimentos realizados:

How bed, Antibiototerapia, Sutura.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado.

Receber TC Cirúrgico e ser conduzido ao serviço de UTI e Proximidade do caso.

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
198-2070 CPF: 132.550.824-27
Assinatura Geral

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INDIQUE ESTE NÚMERO	
MATRÍCULA	
69173737	
REFERÊNCIA	
JUN/2019	

3 1 JUL 2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS
POMBAL PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A013264	12/06/2008	EXT LACE	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA 2413 2426 13 29 07/07/2019 HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5. MAI/2019 10 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES ABR/2019 10 TURBIDEZ 0 0 0 MAR/2019 13 CLORO 0 0 0 FEV/2019 8 COL. TERMOT 0 0 0 JAN/2019 9 COR 0 0 0 DEZ/2018 13 COL. TOTAIS 0 0 0 MEDIA(M) 10 DADOS REFERENTES A: ABR/2019						

DATA DA IMPRESSÃO: 08/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:13:54

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LET 12.741/12

VENCIMENTO: 23/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JUN/2019	23/06/2019	R\$ 52,58

DEBITO AUTOMATICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE PAULISTA
SAMU 192

Termo de responsabilidade do médico solicitante de transferência de paciente,
regulamentado sob a Portaria M.S. 2.048/02 e Resolução C.R.M. 1.672/03.

1. Responsabilidades:

a. A responsabilidade de assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, é que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viatura de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor. Nos casos de transferência de suporte básico de vida ou viaturas de suporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação de avaliação do profissional da unidade solicitante.

b. O médico responsável pelo paciente, seja ele plantonista diário ou médico assistente, deve realizar as solicitações de transferência a central de regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor.

c. Não renovar paciente em risco de vida, sem prévia e obrigatória avaliação, atendimento respiratório, emodológico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando e preparando para o transporte.

d. Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema local regional.

e. A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir o transporte com rapidez e segurança.

f. Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.

g. Elaborar documento de transferência que deva acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e C.R.M. legíveis além da assinatura solicitante.

Juliana Cristina Silveira Soares
Secretaria Municipal de Saúde (interina)



HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613530 CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 19615
NOME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
ENDEREÇO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000
CIDADE: PAULISTA ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: ALISSON GOMES DE MORAIS
Mãe: ANA GOMES RAMALHO DE MORAIS
Nascimento: 26/05/1994 Idade: 23 Cor: BRANCA Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO MARAVILHA Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)9864-4715
Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907
CNS: 705-0030-5047-0858 Identidade: 3723619
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 02/11/2017 19:36:21 Recepcionista: VALERIA PATRICIA 5178

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

Acidente de trânsito com fratura de fêmur esquerdo e fratura de tíbia e fíbula esquerda.

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur esquerdo e fratura de tíbia e fíbula esquerda.

Caracterização Atendimento

NATUREZA DA CONSULTA

- ☐ Consulta simples
☐ Consulta com medicamento
☐ Consulta com observação
☐ Consulta ortopédica

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ Urgência/Emergência (com Proc.)
☐ Primeira consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade
☐ Consulta c/ referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO

- ☐ Prescrita
☐ Aplicada

ENCAMINHAMENTO

- ☐ P/ Observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS
☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Óbito
☐ Outros

Procedimento

Serviços Realizados

CEO

IDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

REALIZADOS NA UNIDADE

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- 1 - *Exatolone*
- 2 - *Amoxiclavina 3g*
- 3 - *Ceftriaxona 1g - 70/22*
- 4 - *Decadron 4mg*
- 5 - *1 F.F.E.V.*
- 6 - *Diuretico*
- 7 - *500mg*

Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo

Dr. João Herminio de Sousa Neto
CRM-PB: 2070 CPF: 132.650.044-67

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

Matheus Morais Moura

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

31 JUL 2019

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Allisson Gomes de Moraes Data / /

QUEIXA PRINCIPAL:

() Grave () Regular () Bom () Hidratado () Desidratado () Febril () Afebril () Acianótico
() Cianótico () Palidez () Anictérico () Ictérico () Corado () Deambulando () Acamado

DIETA:

Aceitando () Sim () Não Tipo () Livre () Líquida () Branda () Pastosa

HIGIENE:

Preservada: () Sim () Não

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

() Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso
() Torporoso () Letárgico () Calmo () Agitado () Selado

DOR:

() Não () Sim Local: () Leve () Moderada () Severa

RESPIRATÓRIO:

() Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico

Tosse: () Presente () Seca () Produtiva Início: / /

CARDIOVASCULAR:

Ritmo: () Regular () Irregular () Taquicárdico () Bradicárdeico

Pulso: () Filiforme Cheio () Ausentes

GENITORINÁRIO:

Diurese: () Espontânea () SVD

Volume: () Normal () Anúrico () Oligúrico () Poliúrico () Polaciúrico

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

03.11.17 Paciente sofreu vítima de acidente motociclístico (motorista) deu entrada nesta unidade trazido pela equipe do SAMU 192, agitado, apresentando cortes lacerados na região frontal e parte de grande parte. Realizado hematócrito, PVP calibrosa, contensão arterial por 15min, SVD, ATE, encaminhado na USB 12 para interceptar USF. Remanescente para médico plantonista. Onde requereu para realizar TC de crânio para maiores providências junto ao HEPombal. GLASGOW - 9. Em tempo SVD e oligúria + diurese colérica.

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

31 JUL 2019



Paciente: ALISSON GOMES DE MORAIS
Nº do Paciente: 17000260594
Data de Nascimento: 20/05/1994
Solicitante: Dr. José Herminio de Sousa Neto
Data do Exame: 02/11/2017
Nº do Exame:
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M
Convênio:

3 1 JUL 2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Hematoma subgaleal em toda a região frontal, mais proeminente à direita, com aumento de partes moles, frontal e periorbitário à direita, enfisema subcutâneo e imagens hiperdensas de permeio.

Fratura frontal e da asa do estenoide à direita, com hemossinus frontal direito, esfenoidais, etmoidais e maxilares.

O parênquima cerebral apresenta densidade usual.

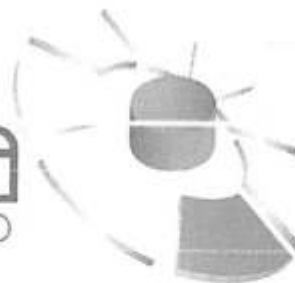
Aparente apagamento dos sulcos entre os giros corticais e fissuras de Sylvius.

Cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Não há evidências de hemorragia intraparenquimatosa aguda, coleções líquidas extra-axiais ou desvio das estruturas da linha média.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

Ventrículos laterais, III e IV ventrículos de dimensões normais.



31 JUL 2019

CONCLUSÃO:

Hematoma subgaleal em toda a região frontal, mais proeminente à direita, com aumento de partes moles, frontal e periorbitário à direita, enfisema subcutâneo e imagens hiperdensas de permeio (corpos estranhos).

Fratura frontal e da asa do esfenóide à direita, com hemossinus frontal direito, esfenoidais, etmoidais e maxilares.

Aparente apagamento dos sulcos entre os giros corticais e fissuras de Sylvius, sugerindo edema. Correlacionar com dados clínicos e controle tomográfico evolutivo.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Vanessa Carra CRM 97486-SP | Médica-radiologista RQE 55309-SP através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 02/11/2017 21:27:26 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Rua Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - Pb Fone: (83) 3431-2020 / 9 9989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - Pb Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Unidade 3: Av. Manoel Cavalcanti, 17 / Centro - Coremas - Pb Fone: (83) 9 9837-3284 / 9 9619-0076

Unidade 4: Av Rio Branco, 629-A / Centro - Jardim de Piranhas - Pb Fone: (84) 9 9813-4546





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



31 JUL 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que ALISSON CARNEIRO
76 MONTA

portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S62.3

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(noventa) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 02 de 11 de 2017


Dr. Rildo Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 8281

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

Nome: ALISSON COMES DE MORAIS

AO INSS

LADO MEIO

cid 10:

S62.3

ATENDIMENTO PARA FIM DE PENSÃO
MÉDICA QUE O PRESENTE INTERVENIENTE
FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO EM
02/NOVEMBRO/2017 QUANDO A ACIDENTE
DE MOTO. FOI ATENDIMENTO NUNCA
A FURTURA DE 5º QUINQUENÁRIO ALI-
TO. NO MOMENTO COM DEFICIT E
EXTENSAS DE INTERFERÊNCIA NA DIS-
PO 5º QUINQUENÁRIO. FURTURA DE FA-

Data: 16/12/17

Dr. Tadeu Alberto
ORÇAMENTO TRAMPOLOGIA
Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

31 JUL 2019

Carta 915m, 7160, Puzosine 20
de QUINONETIA DINTIS EM COLICU.
MEX.

ONERO FISIOLOGIA E MUDANÇAS
MONTANHAS.

Foram 16 pessoas

2017

16/12/17

Dr. Túlio Alberto
Osteopata e Fisiologista
CRM PB 8251