



Número: **0801562-32.2019.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **29/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.425,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALISSON GOMES DE MORAIS (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32588 993	23/07/2020 11:53	<u>2736399_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

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

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, PERMANECIU 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



31 JUL 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 2

**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 - ÁREA 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 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°.

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, PERMANECIU 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 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°

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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231153212070000031214535>
Número de documento: 2007231153212070000031214535

Núm. 32588993 - Pág. 4



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



- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 02-11-17	HORA : 18:56	Nº ID 29	PACIENTE/USUÁRIO Alison Souza de Melo	IDADE 23	SEXO M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 293			BARRA Di Sollinis	MÉDICO REGULADOR	
() TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:			APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTTRAN 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 ATIVADA

Colisão moto/moto

EXAME	ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
		INSTAVEL	ESTAVEL	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS	
PELE	() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA				
VIAS AEREAS	() NORMAL () BRADIPNÉIA () TAQUIPNÉIA () APNÉIA () DISPNIÉIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT ASSIST AUSC. PULM: () MV () RA - () CREPITOS () SIBILOS () RONCOS				
CARDI	() NORMOCÁDICO () BRADCÁDICO () TAQUICÁDICO () BCNF () BCF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: _____ ENCH. CAP: () >25 () <25 CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG				
DIGES	() NORM () EPIGASTRALGIA () IMA () HEMATÉMESE				
ABDO	() NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL: _____				
NEUR	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO				
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRÁGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: () NORMOFÔ () HIPOFÔ				
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: DO ?					

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 () Disrellexia autonômica () Dor aguda () Hipotermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusion tissular cerebral ineficaz () Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusion tissular gastrintestinal ineficaz () Risco de Perfusion tissular renal ineficaz () Termoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interção social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros: _____

Intervenções: Monitorizar o SSVV mobilizar paciente segundo Postura de trauma. AVP com 600.

Implementações da assist./evolução de enfermagem: paciente consciente, orientado, veloso ou volvendo moto/moto, SSVV, pressão arterial, com trauma na região frontal da crista, sinais de queimadura e orelha sangrando, desorientado em 30/07/2017, o mesmo foi encaminhado para o Hospital local, onde foi evoluído e transferido para o HRH com o dia 31/07/2017.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

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

31 JUL 2019



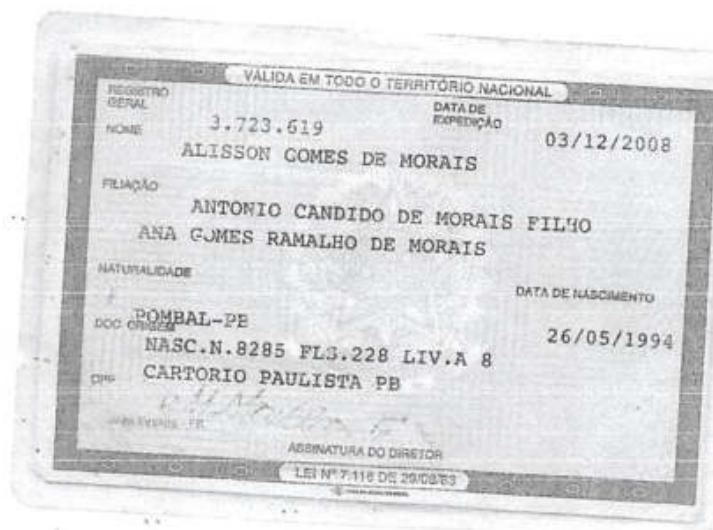


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/07/2014
NOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY		
FILIAÇÃO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RIEVÂNIA RAMOS WANDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL - PB		
DOC ORIGEM	06/05/1980		
CASAM N. 10728 PLS. 248 LIV. B-28	DATA DE NASCIMENTO		
CARTÓRIO - POMBAL - PB	032.976.134-08		
CPF	032.976.134-08		
Assinatura do Cartório			
LIS-AT-7-118 DE 2008/03			

31 JUL 2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 7



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES NAMOS 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>RECIFE</u>	Cidade:	<u>PB</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u>JACQUES-ADV@BOL.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>			

Local e Data: BOMBAL-PB, 29.07.2019

Jacques Namos Wandenley

Assinatura do Declarante

31 JUL 2019

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231153212070000031214535>
Número do documento: 2007231153212070000031214535

Num. 32588993 - Pág. 8



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

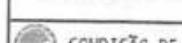
70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000												
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias		Responsável							
112.004.115.0005.000		000	Basílica	Comercial	Industrial	Público	0	1	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto								
Y17F649254	23/01/2018	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL									
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA												
133	140	7	30	07/03/2019								
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.												
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							
MÉDIA(H)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018										
DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019				HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58								
DESCRICAÇÃO				CONSUMO	TOTAL(R\$)							
ÁGUA				7 m ³	67,65							
COMERCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA 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							



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

31 JUL 2019



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

DEBITO AUTOMATICO





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



- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 02-11-17	HORA : 18:56	Nº ID 29	PACIENTE/USUÁRIO Alison Souza de Melo	IDADE 23	SEXO M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 293			BARRA Di Sollinis	MÉDICO REGULADOR	
() TRANSFERÊNCIA DE: DESTINO:			APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTTRAN 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 ATIVADA

Colisão moto/moto

EXAME	ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
		INSTAVEL	ESTAVEL	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS	
PELE	() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA				
VIAS AEREAS	() NORMAL () BRADIPNÉIA () TAQUIPNÉIA () APNÉIA () DISPNIÉIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT ASSIST AUSC. PULM: () MV () RA - () CREPITOS () SIBILOS () RONCOS				
CARDI	() NORMOCÁDICO () BRADCÁDICO () TAQUICÁDICO () BCNF () BCF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: _____ ENCH. CAP: () >25 () <25 CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG				
DIGES	() NORM () EPIGASTRALGIA () IMA () HEMATÉMESE				
ABDO	() NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL: _____				
NEUR	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO				
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRÁGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: () NORMOFÔ () HIPOFÔ				
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: DO IT					

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 () Disrellexia autonômica () Dor aguda () Hipotermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusion tissular cerebral ineficaz () Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusion tissular gastrintestinal ineficaz () Risco de Perfusion tissular renal ineficaz () Termoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interção social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros: _____

Intervenções: Monitorizar o SSVV mobilizar paciente segundo Postura de trauma. AVP com 600.

Implementações da assist./evolução de enfermagem: paciente consciente, orientado, veloso ou volvendo moto/moto, SSVV, pressão arterial, com trauma na região frontal da crista, sinais de choque eletrocardiograma e ecocardiograma em 00:55, o mesmo foi encaminhado para o Hospital local, onde foi evoluído e transferido para o HRH com o critério de UPA 05.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLÉMICA	VOLUME		MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	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 - ÁREA RURAL (PIURAS / PB) CEP: 58860000 (AQ: 237)		energisa ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br/200, Km 2, Rodovia Presidente João Pessoa/PB - CEP 58075-000 CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insr Est. 16.015.220 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°026612773 Cod. para DB. Automático:00000832178																																																																																									
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br																																																																																											
Conta referente a Jun / 2019	Apresentação 17/06/2019	Data prevista da próxima leitura 18/07/2019	CPF/ CNPJ/ RANI 694.417.584-34 Insc. Est.																																																																																								
UC (Unidade Consumidora): 5/83317-8																																																																																											
Canal de contato																																																																																											
<p>- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 28 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil</p>																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Anterior</th> <th>Atual</th> <th>Constante</th> <th>Consumo</th> <th>Dias</th> </tr> <tr> <th>Data</th> <th>Leratura</th> <th>Data</th> <th>Leratura</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17/05/19</td> <td>12988</td> <td>17/06/19</td> <td>13179</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>192</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table> <p>Demonstrativo Quantidade Tarifa - Valor Base/Cod. Atq. Com/RS Base/Cod. Pn/RS - Cálculo Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) IAMS PIS/Cofins(R\$) (10/04/2019) (4.995,00)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>0801 Consumo até 30kWh-BR</th> <th>30.000 0,367899</th> <th>8,03</th> <th>8,03</th> <th>27</th> <th>2,33</th> <th>8,03</th> <th>0,00</th> <th>0,49</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR</td> <td>70.000 0,482540</td> <td>34,54</td> <td>34,54</td> <td>27</td> <td>9,32</td> <td>34,54</td> <td>0,37</td> <td>1,72</td> </tr> <tr> <td>0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR</td> <td>92.000 0,740300</td> <td>69,10</td> <td>69,10</td> <td>27</td> <td>18,23</td> <td>68,10</td> <td>0,75</td> <td>9,40</td> </tr> <tr> <td>0801 Adic. B. Amarela</td> <td></td> <td>1,10</td> <td>1,10</td> <td>27</td> <td>0,30</td> <td>1,10</td> <td>0,01</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>0810 Subsídio</td> <td></td> <td>47,17</td> <td>47,17</td> <td>27</td> <td>12,73</td> <td>47,17</td> <td>0,51</td> <td>2,28</td> </tr> <tr> <td colspan="9">LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</td> </tr> <tr> <td>0909 Devolução Subsídio</td> <td></td> <td>-31,57</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>CCI: Código de Classificação do item TOTAL 127,97 159,54 43,07 169,54 1,73 7,86 Tarifa s/ Tributos: A1830kWh: 0,192580 A18100kWh: 0,330280 A18220kWh: 0,495420</p>				Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Data	Leratura	Data	Leratura		17/05/19	12988	17/06/19	13179	1					192					31	0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,367899	8,03	8,03	27	2,33	8,03	0,00	0,49	0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,482540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72	0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	92.000 0,740300	69,10	69,10	27	18,23	68,10	0,75	9,40	0801 Adic. B. Amarela		1,10	1,10	27	0,30	1,10	0,01	0,05	0810 Subsídio		47,17	47,17	27	12,73	47,17	0,51	2,28	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									0909 Devolução Subsídio		-31,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias																																																																																							
Data	Leratura	Data	Leratura																																																																																								
17/05/19	12988	17/06/19	13179	1																																																																																							
				192																																																																																							
				31																																																																																							
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,367899	8,03	8,03	27	2,33	8,03	0,00	0,49																																																																																			
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,482540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72																																																																																			
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	92.000 0,740300	69,10	69,10	27	18,23	68,10	0,75	9,40																																																																																			
0801 Adic. B. Amarela		1,10	1,10	27	0,30	1,10	0,01	0,05																																																																																			
0810 Subsídio		47,17	47,17	27	12,73	47,17	0,51	2,28																																																																																			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																																																																																											
0909 Devolução Subsídio		-31,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00																																																																																			
Media últimos meses (kWh) 192	VENCIMENTO 26/06/2019		TOTAL A PAGAR R\$ 127,97																																																																																								
Histórico de Consumo (kWh)																																																																																											
176 189 205 174 182 225 198 207 198 189 189 175 190																																																																																											
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/18 Abr/19 Mai/19																																																																																											
RESERVADO AO FISCO 8710.2ff5.a69f.395a.1957.21da.f630.de2e.																																																																																											
Indicadores de Qualidade 4/2019-Pedida		Composição do Consumo																																																																																									
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação																																																																																								
DIG MENSAL	11,74	0,00	Serviços de Dist. da Energia/PE 25,85																																																																																								
DIG TRIMESTRAL	23,48	HOMINAL	Campanha de Energia 29,17																																																																																								
DIG ANUAL	48,98	220	Serviços de Transmissão 1,14																																																																																								
FIC MENSAL	7,67	0,00	Seguro Sanitário 6,91																																																																																								
FIC TRIMESTRAL	15,34	CONTRATADA	Investimento Direto e Indireto 41,23																																																																																								
FIC ANUAL	30,89	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços 0,00																																																																																								
DMC	6,49	LIMITE SUPERIOR	Total 127,97 100,00																																																																																								
DIGR	18,00		Valor do BESO (Ref. 4/2019) R\$33,71																																																																																								
ATENÇÃO		Faturas em atraso																																																																																									
- Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,57																																																																																											

3 1 JUL 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

31 JUL 2019

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:	Nome completo da vítima:	
	100.616.604-18	ALISSON GOMES DE MONAIS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: ALISSON GOMES DE MONAIS		CPF: 100.616.604-18	Complemento: —
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: SITIO MANAVILHA	Número: S/n	Estado: PARAIBA
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PAULISTA	CEP: 58.860-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail: _____			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 18394-8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:	Nome:
CPF:	CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDILEY Júnior

CPF: 064.978.664-50

Latas Dantas Wandiley Júnior

Assinatura

2º | Nome: MAYARA MÔRIQUE QUINTA WANDILEY

CPF: 059.842.779-09

Mayara Môrique Quinta Wandiley

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001 V001/2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de São Bento
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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: *****,
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel: () ;

HISTÓRICO 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

POLICIA CIVIL

31 JUL 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

31 JUL 2019

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:	Nome completo da vítima:	
	100.616.604-18	ALISSON GOMES DE MONAIS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: ALISSON GOMES DE MONAIS		CPF: 100.616.604-18	
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: SITIO MANAVILHA	Número: S/n	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).

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 18394-8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:	

TESTEMUNHAS
1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDILY Júnior
CPF: 064.978.664-50
Amintas Dantas Wandily júnior
Assinatura

2º | Nome: MAYARA MOREIRA QUEIROGA WANDILY
CPF: 059.842.779-09
Mayara Moreira Queiroga Wandily
Assinatura

(* Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Júlio Cesar de Morais

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 os pagamentos da ind

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, retorno 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta n° 14652137



011937/011938 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231153212070000031214535>
Número do documento: 2007231153212070000031214535

Num. 32588003 Pág. 16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01975/01976 - carta_02 - INVALIDEZ



00010988

Carta nº 14666177



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231153212070000031214535>
Número do documento: 2007231153212070000031214535

Num. 32588993 - Pág. 17

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 18

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)

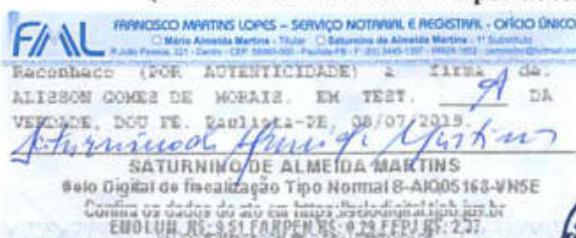
OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

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)



31 JUL 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260085/19

Vítima: ALISSON GOMES DE MORAIS

CPF: 100.616.604-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: ALISSON GOMES DE MORAIS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 20



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - 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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS	FEV/2019
--------------------------------------------	----------

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Basical	Comercial	Industrial	Pública
112.002.155.0307.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
V15N469919	12/01/2017	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
45 48 3 30 07/03/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.

JAN/2019	8	PARAMETROS	EXIG.	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
DESCRICAÇÃO	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: 161 17 241/12
VENCIMENTO: 22/02/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***	
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***	

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	71825665	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 37,91

826400000000 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
() 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, 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.**



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Chamado Clínico de São Bernardo

23/07/2020

Coren PB 23.233.120

ENFERMEIRO: Coronel COREN: 23.233.120 EQUIPE Consultor(a) / Monitor(a)

LOCAL DE DESTINO: RESIDENCIAL RESPONSÁVEL: José da Silva FUNÇÃO: 10 - PSM

TERMO DE REGUSA

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

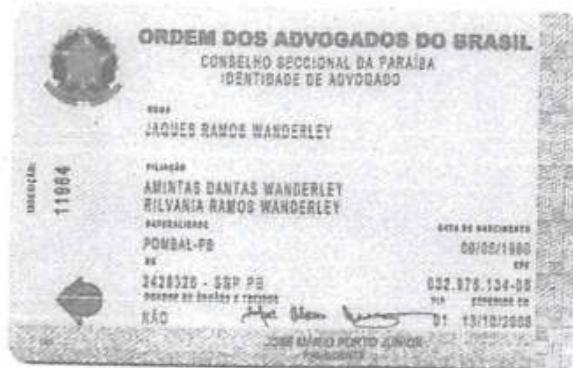
DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

31 JUL 2019





31 JUL 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 24

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

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

CONFIDENCIAL

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

31 JUL 2019

9505058096



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 25



3 1 JUL 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 26

31 JUL 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 27

31 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: Alison Gomes de Moura Idade: 23

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

Outros:

Procedimento: transferência

Solicitante: D. Dr. Ton Henrique

Destino: HPR Pombal

Contato:

Circunstância da Transferência:

Paciente sofre acidente de moto, com TCE e lesão contusiva frontal com edema

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

Defeito UTE. Deve ser refeito
TCC não funciona

Procedimentos realizados: lavagem, Antibiótoterapia
sutura.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado.

paciente é de comodato e
serviço de UTI e pronto atendimento
ótimo.

Recomendação
Dr. José Henrique de Souza Neto
198-2010 CPF: 132.650.044-0
Clínica Geral





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA
JUN/2019

31 JUL 2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSÉ 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 PRÓXIMA LEITURA					
2413	2426	13	29	07/07/2019	
HIST. CONS./ANDR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT.	05/2017 MS.		
MAR/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
MÉDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO:	08/06/2019	HORA DA IMPRESSÃO:	09:13:54
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 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

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO 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



Júlyana Cristina Schiweira Soares
Sociedade Municipal de Saúde (município)

nome e CRM legíveis além da assinatura digitalizada.
exames realizados e as condições hospitalares atendidas. Esse documento deverá conter o relatório ao atendimento prestado na unidade hospitalar, como diagnóstico de entidades, transporte e compor seu protocolo na rede de recepção e glosas de internações.

e. Elaborar documento de transferência que deva acompanhar o paciente durante o

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

paciente, garantir sua estabilidade e garantir o imediato repasse de seguimento.
considerar os principios básicos do transporte, quais sejam: não agarrar o estadio do

e. A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve
do sistema local regional.

d. Escoltar seus recursos antes de iniciar a central de regulação ou outros serviços

caso, estabilizando o preoperando para o transporte.
atendimento respiatório, endotraqueal e outras medidas urgentes específicas para cada

c. Não remover paciente em caso de vida, sem prévia e objetiva avaliação
contato prévio com o serviço potenciamente receptor.

b. O médico responsável pelo paciente, seja clé plantonista diarista ou médico
assistente, deve realizar as solicitações de transferência e central de regulação e realizar

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

1. Responsabilidades:

Término de responsabilidade do médico solicitante de transferida de paciente,
regulamentado sob a Portaria M.S. 2.048/02 e Resolução C.F.M. 1.672/03.

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

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



HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL					Joh. PA - 160.110		
					Procedimento	Serviços Realizados	CBO
							IDADE
CNES:	2613530	CNPJ: 08.945.727/0001-53	Ficha Número:	19615			
NOME:	HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS				SERVIÇOS AUXILIARES - Diag. / Terapia		
ENDERECO:	VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000				REALIZADOS NA UNIDADE		
CIDADE:	PAULISTA	ESTADO:	PARAÍBA	UF: 25	SOLICITADOS		
Atendimento:	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)				SULTUAN		
Paciente:	ALISSON GOMES DE MORAIS						
Mae:	ANA GOMES RAMALHO DE MORAIS						
Nascimento:	26/05/1994	Idade:	23	Cor: BRANCA			
Profissão:	AGRICULTOR(A)				MATERIAIS E MEDICAMENTOS		
Endereço:	SITIO MARAVILHA				HORÁRIO		
Bairro:	ZONA RURAL				1. Colchonete		
Cidade:	PAULISTA - PB - 58880-000 - 2510907				2. Trazido para casa		
CNS:	705-0030-5047-0858	Identidade:	3723619		3. Oftacina 7.9 - 20/07/2022		
CPF:		Reg. Nas.:			4. Decodiro 4x5 I.P.E.V.		
Data / Hora:	02/11/2017 19:36:21	Recepção:	VALERA PATRICIA		5. Dito falso 8.7.1.13		
MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME					6. Dito falso 8.7.1.13		
<p>Perdeu o fio de cinto de segurança Perdeu o fio de cinto de segurança</p>					7. Dito falso 8.7.1.13		
<p>DIAGNÓSTICO Tce + ferida corporal na da fronte, lesão supraorbital</p>					<p>Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo Dr. José Henrique da Cunha Neto Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável Dr. José Henrique da Cunha Neto Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo Dr. José Henrique da Cunha Neto Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo</p>		
Caracterização Atendimento					POLEGAR DIREITO		
NATUREZA DA CONSULTA		TIPO DE ATENDIMENTO					
<input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento <input type="checkbox"/> Consulta com observação <input type="checkbox"/> Consulta ortopédica		<input type="checkbox"/> Urgência/Emergência (com Proc.) <input type="checkbox"/> Primeira consulta <input type="checkbox"/> Consulta Subsequente <input type="checkbox"/> Urg/Emarg. c/ referência p/ outra unidade <input type="checkbox"/> Consulta c/ referência p/ outra unidade					
MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO			Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo		
<input type="checkbox"/> Prescrita <input type="checkbox"/> Aplicada		<input type="checkbox"/> P/ Observação <input type="checkbox"/> P/ Residência <input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS			<input type="checkbox"/> P/ outro Hospital <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros		

31 JUL 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>

Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 31

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Allison Gomes de Morais Data / /

QUEIXA PRINCIPAL:

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

DIETA:

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

HIGIENE:

Preservada: () Sim () Não

NÍVEL DE CONSCIENCIA:

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

GOR:

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

RESPIRATÓRIO:

() Eupnélico () Dispnélico () Taquipnélico

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

CARDIOVASCULAR:

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

Pulso: () Fisiiforme Cheio () Ausentes

GENITORINÁRIO:

Diurese: () Espontânea () SVD

Volumen: () Normal () Anúrico () Oligurico () Poliúrico () Polaciúrico

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

03.11.17 Paciente fôrum vitima de acidente motociclistico (motor x moto) deu entrada nessa unidade trazido pela Equipe do Samu 193, agitado, apresentando vómitos lacrimejados na região frontal e face de grande fronte. Realizado sedação, PVP calibrosa, ventilação via jato de bicos, SVD, ATB, encaminhado na UCB 12 para intubação via bomba estéril fundo mictório plástométrica. Onde requiri para realizar TC de crânio para maiores encaminhamentos. Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

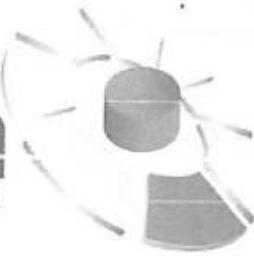
Edu G. Soárez
ENFERMEIRA
COREN-PB-143081

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

31 JUL 2019





Paciente: ALISSON GOMES DE MORAIS

Nº do Paciente: 17000260594

Data de Nascimento: 26/05/1994

Solicitante: Dr. José Herminio de Sousa Neto

Data do Exame: 02/11/2017

31 JUL 2019

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

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 íntertrai 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.

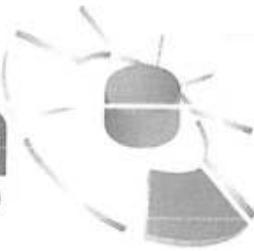
Unidade 1: Rua Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - Pb Fone: (83) 3431-2020 / 9 9989-0097

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

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





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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 11:53:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311532120700000031214535>
Número do documento: 20072311532120700000031214535

Num. 32588993 - Pág. 34

31 JUL 2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Ahisson Gomes
76 Montes
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
(Maio) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 02 de 11 de 2017

Dr. Suelio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 0251

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o _____





Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

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

Nome: AUSSON GOMES DE MORAIS

CIT/10:

AO INSS 5623
LARDO MECIUS

ATENDO PARA FIN DE PENSÃO
MÓDICO DUE O PRESENTE AUTOCOMPRO
FOI APENALIZADO NESTE JORNAL EON
02/novembro/2017 MINHO + PACIENTE
DE MOTO. FOI TRANSFERIDO NOSSO
A FUTURO DE 5^o ORNAMENTA ALIN-
TO. NO MOMENTO DA VIDA X
EXPONHA X IMPERFECTA DISEM
DO ORNAMENTO. FUTURO DE FA-
Data: 16/12/17

Dr. Túlio-Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CAMPINA GRANDE
Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

31 JUL 2019



Carre 715m, 7160, Anapim 20
foz do Rio Araguaia. Distante em Coriou.
Mato.

OVERO FISIOLOGIA E MUDANÇA
PROGRAMADA.

Pomar 16 00267300

2017
16/12/17

Dr. Túlio Alberto
DOUTOR EM CLIMATOLOGIA
CRM/FB/0251

31 JUL 2019

