



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
32588993	23/07/2020 11:53	2736399_CONTESTACAO_Anexo_02	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 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 MEMÓRIA, 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DE PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1665623017

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFICADOR / OUT. EMISSOR DE 2870446 SSP PB

CPF 064.978.664-50 DATA NASCIMENTO 06/01/1985

FRACAO AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVANIA RAMOS WANDERLEY

PERMISSAO RACIA CRI/MA AN

Nº REGISTRO 04055760079 VIGENCIA 20/12/2021 1ª EMISSAO 28/03/2007

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSAO 07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 93146464748 PB036866040

PARAIBA



**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?

[☒] 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)?

[☒] 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.





SAMU
192

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



SAMU
192

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

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

EXAME		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE																																								
			INSTÁVEL	ESTÁVEL																																										
PELE	<input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICO <input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> FRIA <input type="checkbox"/> PEGAGOSA		SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS																																											
VIA AERE	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> ESPONT. <input type="checkbox"/> VENT. ASSIST. AUSC. PULM.: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> RA- <input type="checkbox"/> CREPTOS <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/> RONCOS		HORA	19.05																																										
CARDI	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁDICO <input type="checkbox"/> TAQUICÁDICO <input type="checkbox"/> BCNF <input type="checkbox"/> BCHF <input type="checkbox"/> PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/> NORMOTENSO <input type="checkbox"/> HIPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: <input type="checkbox"/> > 2S <input type="checkbox"/> < 2S CHOQUE: <input type="checkbox"/> HIPOV <input type="checkbox"/> ANAFIL <input type="checkbox"/> SÉPTICO <input type="checkbox"/> CARDIOG		PA mmHg	160/40																																										
DIGES	<input checked="" type="checkbox"/> NORM <input type="checkbox"/> EPIGASTRALGIA <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE		FR rpm	-																																										
ABDO	<input checked="" type="checkbox"/> NORM <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> DOLOROSO - LOCAL:		FC bpm	99																																										
NEUR	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> DESORIENTANDO <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> ANISOCÓ <input type="checkbox"/> ISOCORICA <input type="checkbox"/> DEFICIT MOTOR <input type="checkbox"/> DEFICIT SENSITIVO <input type="checkbox"/> CONVULSÃO		SPO ₂ %	98																																										
GINEC	<input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> DOR PÉLVICA <input type="checkbox"/> METRORRAGIA <input type="checkbox"/> NASCIM. <input type="checkbox"/> BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: <input type="checkbox"/> NORMOFO <input type="checkbox"/> HIPOFON		T _{ax} °C	-																																										
QUEI	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CAB</th> <th>PESC</th> <th>TANT</th> <th>TPOS</th> <th>PERI</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE	I										II										III											HGT mg/dl	153		
	CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE																																					
I																																														
II																																														
III																																														
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> ETILISTA <input type="checkbox"/> ALERGIAS: MEDICAMENTOS EM USO: ANTECEDENTES FAMILIARES:			ECG	-																																										
QUEIXAS: DOR			APGAR	-																																										

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 ☐ Hipotermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância à 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 ☐ Termorregulação 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: Monitorização da SSVU, mobilização segundo protocolos de trauma, ACP com BCL.

Implementações da assist. / evolução de enfermagem: Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto/moto. SSVU preservada, com trauma na região frontal da cabeça, sinal de Quechua em olho direito, desconforto no abdômen, e náusea por estímulo e movimentação. Para o Hospital local, onde foi evoluído e transportado para o HRP com o apoio da UPA 05.

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



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



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
RILVANIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PE DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

CCC ORIGEM CASAM N.10726 FLS.248 LIV.B-28
CARTÓRIO-POMBAL-PE

CPF 032.976.134-08

Assinatura do Detentor

LEI Nº 7.115 DE 2005

3 1 JUL 2019





3 1 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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 MORAIS inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.616.604-18

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

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>ESCUTALHO</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

31 JUL 2019

DLDR001 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=20072311532120700000031214535>

Número do documento: 20072311532120700000031214535



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. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JAN/2019	6	PARAMETROS	EXIG. ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	12	TURBIDEZ	46	46
NOV/2018	11	CLORO	46	46
OUT/2018	9	COL. TERMOT	0	0
SET/2018	11	COR	10	46
AGO/2018	22	COL. TOTAIS	46	46
MEDIA(M)	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



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



SAMU
192

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



SAMU
192

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA	HORA	Nº ID	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
02.11.17	18:56	29	Alison Carlos de Moraes	23	M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
PB 293				Dr. Selimio	
TRANSFERÊNCIA DE:			APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN		
DESTINO:			OUTRO:		
OTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO					
() ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:					
MOTIVO DA ATIVAÇÃO					
Colisão 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 AUSE. 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 160/140			
DIGES	() NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATÊMESE	FR rpm			
ABDO	() NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO-LOCAL:	FC bpm 99			
NEUR	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTANDO () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO	SPO ₂ % 98			
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: () NORMOFO () HIPOFON	T _{ax} °C			
QUEI	CAB PESQ TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE	HGT mg/dl 153			
I		ECG			
II		APGAR			
III		PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:		OXIGÊNIO: () L/min () CAT. NASAL () MR () BVM			
MEDICAMENTOS EM USO:		() ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELEVÇÃO DE DECUBITO			
QUEIXAS: Dor		() CAN. OROFARÍNGEA () ML () CT () SNG () SVD			
		AVP ABOCATH Nº LOCAL:			
		CURATIVO: () COMPR. () SIMPLES () TORNQUETE			
		() IMOBILIZAÇÃO-LOCAL: () KEO			
		() COLAR CERV. TAM: PP			
		OUTROS:			

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 () Hipotermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à 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 () Termorregulação 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: Monitorização da SSVU, imobilização segundo protocolo de trauma, ACP com BCL.

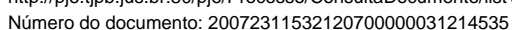
Implementações da assist. / evolução de enfermagem: Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto/moto. SSVU preservada, com trauma na região frontal da cabeça, sinal de Quechua em olho direito, desconforto no abdômen, e náusea por estímulo e movimentação para o Hospital local, onde foi evoluído e transportado para o HRP com o apoio da UPA 05.

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



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).

REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18394-8

AGÊNCIA: CONTA:

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

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-PR, 15.07.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 MARIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09

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

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).

REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18394-8

AGÊNCIA: CONTA:

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

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-PR, 15.07.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09

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.





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 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





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, 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

Carta nº 14652137

Pag. 01937/01938 - carta_01 - INVALIDEZ





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



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.tjpbjus.br>
selo digital nº **A19-05168-VN5E**



3 1 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



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA 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 SANCHI QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-000

3 1 JUL 2019

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.002.155.0307.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y15N469919	12/01/2017	KXTLACHILGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
45	48	3	30		07/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-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. IET 12/2017

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 ***



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

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 02201940003 9



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. 21

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):

5° 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, 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



Diogo César de Silva Barbosa
Enfermeiro
CRP 23.493.126

ENFERMEIRO: _____ EQUIPE _____
COREN: _____ TÊC. ENTER. _____
LOCAL DE DESTINO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____
10-34

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





3 1 JUL 2019



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL 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

3 1 JUL 2019

2505058096





3 1 JUL 2019



3 1 JUL 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

PARAÍBA

NOME: **ISATARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. CIVIL: 3141039
CPF: 059.842.774-09
DATA NASCIMENTO: 12/06/1988

PAIS: BRASIL
MUNICÍPIO: ISAIAS QUEIROGA
SOBRINHO: JUBIANA FERREIRA NUNES
QUEIROGA

TERMINO: 13/10/2004
DATA: 20/09/2007

1548960537

PRO-SIDO PLASTIFICAR

1548960537

LOCAL: PARAÍBA, PB
DATA EMISSÃO: 01/12/2017
54986668483
PB035541199

PARAÍBA



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: Alison Gomes de Moura Idade: 23

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

Outros: _____

Procedimento: transfêrencia

Solicitante: Dr. José Hermínio

Destino: HSP Paulista

Contato: _____

Circunstância da Transferência: Transfêrencia de paciente com TCE e lesão de membro superior direito com fratura de humero - cabeça do fêmur.

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

Paciente U TCE. Deu entrada no CT. Cuidado - Escala de

Procedimentos realizados: How bed, Antropotomias, Sutura.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado.

Realizar TC. Cuidado e seg. com o paciente e envio de UVI - 1. Avaliação de risco.

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
198-2016 CPF: 132.650.834-27
Médico Geral



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME 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(H)		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 F CONFINS. LEI 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



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. 29

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

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

c. Não remover paciente em risco de vida, sem prévia e obrigatória avaliação, atendimento respiratório, emodialítico 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.

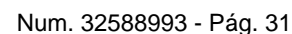
f. Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.

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 CRM legíveis além da assinatura solicitante.

Juliana Cristina Silveira Soares
Secretaria Municipal de Saúde (interina)

3 1 JUL 2019



31 JUL 2019

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Allisson Gomes de Moraes **Data** / /

QUEIXA PRINCIPAL:

() Grave () Regular () Bom () Hidratado () Desidratado () Febril () Afebril () Aclanótico
() Cianótico () Palidez () Anictérico () Ictérico () Corado () Deambulado () 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:

() Eupinéico () Dispneico () Taquipnéico

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

CARDIOVASCULAR:

Ritmo: () Regular () Irregular () Taquicárdico () Bradicardeaco

Pulso: () **Filliforme** Cheio () **Ausentes**

GENITORINÁRIO:

Diurese: () Espontânea () SVD

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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

03.11.17 Paciente jovem vítima de acidente motociclístico (motociclista) com lesão da coluna cervical, fratura de tórax e abdômen. Realizado exame físico, PVP calibrosa, contusão na região da cabeça, fratura de tórax, SVD, ATE, encaminhado para USG 12 para investigar lesão de abdômen. Realizado exame físico, PVP calibrosa, contusão na região da cabeça, fratura de tórax, SVD, ATE, encaminhado para USG 12 para investigar lesão de abdômen. Realizado exame físico, PVP calibrosa, contusão na região da cabeça, fratura de tórax, SVD, ATE, encaminhado para USG 12 para investigar lesão de abdômen.

	Enfermeiro - COREN

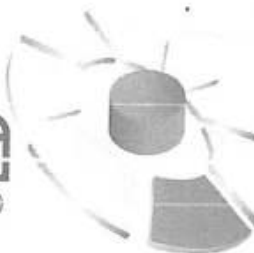
Enfermeiro - COREN

3 1 JUL 2019



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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 estenóide 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.

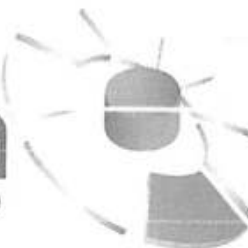
Não há evidências de hemorragia intraparenquimatosa aguda, coleções líquidas extra-axiais ou desvio das estruturas da linha média.

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





3 1 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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que ALISSON CARLOS
DE 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 20 17


Dr. João Alberto
ORFEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 8284

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

31 JUL 2019



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

LAMP MEIUS

CID 10:

S62.3

ATENÇÃO PARA FIM DE PERÍODO
MÉDICO QUE O PRESENTE PACIENTE
FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO EM
02/NOVEMBRO/2017 COM A QUEIXA
DE MOTO. FOI ATENDIDO COM
A FRAÇÃO DE 5% QUINOLONA ALI-
TO. NO MOMENTO COM DOR DE
EXTENSÃO DE INTERMITENTE DISTIN-
TO 5% QUINOLONA. FRAÇÃO DE FA-

Data: 16/12/17

Dr. Túlio Alberto
ORFEDOR DE TRAUMATOLOGIA
Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

31 JUL 2019



ONERO FISIOTERAPIA E MATERIALE
ACQUISTATO.

2017

16/12/17

Dr. Tullio Alberto
DIPLOMA IN ODONTOLOGIA
CRIPB 8251

