

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JAILMA GOMES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180236762**

Vítima: **JAILMA GOMES DE SOUZA**

Data do Acidente: **27/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180236762**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12867023



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JAILMA GOMES DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180236762
Vitima: JAILMA GOMES DE SOUZA
Data do Acidente: 27/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180236762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12870961



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JAILMA GOMES DE SOUZA

Sinistro: 3180236762

Vítima: JAILMA GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 27/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180236762** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12978907

A/C: JAILMA GOMES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180236762
Vítima: JAILMA GOMES DE SOUZA
Data do Acidente: 27/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JAILMA GOMES DE SOUZA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000014955-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	129.917.044-70	Faúlma Gomes de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Faúlma Gomes de Souza	129.917.044-70	Agricultora
Endereço	Número	Complemento
Sítio Boa Mansão	S/N	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Área Rural	Coremas	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
emmanoela@hotmail.com.br	58770000	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9665-9484 (87) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO: _____ Nome: _____	
AGÊNCIA NRO. <input type="text" value="4982"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text" value="14.955"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Coremas - PB, 18 de Maio de 2018
Local e Data

Faúlma Gomes de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 09/10/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 4982 PORTAL DO SERTAO OPER: 013 CONTA: 14.955-4

PERIODO: 09102017 ATE: 09102017 CPF: 129.917.044-70

NOME: JAILMA GOMES DE SOUZA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

F1 AJUDA	SALDO EM 06/10/2017 R\$		0,00
F3 RETORNAR	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEF39D7I
	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

129.917.044-70

Nome completo da vítima

JAILMA GOMES DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jailma Gomes de Souza	CPF titular da conta	129.917.044-70	Profissão	Agricultora
Endereço	Sítio Boa Mansão	Número	S/N	Complemento	Casa
Bairro	Área Rural	Cidade	Coumas	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58770-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

- ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA NRO. 4982 D/V
CONTA NRO. 14.955 D/V 4
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome
AGÊNCIA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Coumas PB, 28 de Maio de 2018
Local e Data

Jailma Gomes de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180236762
Nome do(a) Examinado(a): Jailma Gomes de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Boi Manso, S/N
Area Rural Coremas PB CEP: 58770-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4296814
Data local do acidente: [27/08/2017]
Data local do exame: [06/06/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO. A MESMA FOI INTERNADA E SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 05/09/2017, COM USO DE PLACA EM T 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA AXILO PALMAR, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONSERVADOR, PACIENTE AFIRMA FAZER USO DE ANALGÉSICOS DE FORMA FREQUENTE PARA CONTROLE DA DOR.

Data da Alta: 07/09/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 8°, AUMENTO DE VOLUME EM FACE DORSAL DO PUNHO (2+/4+), DOR E EDEMA RESIDUAIS EM PUNHO ACOMETIDO, AFIRMA FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR, ALÉM DE RIGIDEZ DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 30°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II
DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 8°
AUMENTO DE VOLUME EM FACE DORSAL
DOR
EDEMA
RIGIDEZ DURANTE A MOBILIZAÇÃO**

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 o 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.

- 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 do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830 



Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1866/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **TRÊS (03)** dias do mês de **MAIO** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu **ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS**, brasileiro (a), RG 4011312 SSDS/PB, CPF: 701.417.834-27, natural de Olho D'Água/PB, data de nasc. 01/06/1996, Filho (a) de José Etes de Medeiros e de Margarete Raimundo da Silva Medeiros, Residente na Rua Projetada, S/N, centro, Emas/PB, Tel.: (83) 9.9809.2706, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 27/08/2017, por volta das 02:00 hora da madrugada, o noticiante conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESI, placa OFB-1967/PB, Renavam: 0047544426-4, ano/modelo 2012/2012m cor PRETA, chassi: 9C2KC1670CR556310, Licenciada em nome de Alexandre Raimundo Medeiros(o noticiante), na BR 361, quando nas proximidades do sítio Muselo, próximo a cidade de Olho D'Água/PB, o noticiante perdeu o controle da moto em uma curva, e colidiu em outra moto que trafegava sentido contrário, porém, o noticiante não sofreu nada, no entanto, a pessoa de JAILMA GOMES DE SOUZA, RG 4296814 SSDS/PB, CPF 129.917.044-70, a qual ia na garupa da moto que o noticiante conduzia, foi socorrida e encaminhada para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB, pela ambulância do município de Olho D'Água/PB, e, antes de chegar ao destinatário, tendo a ambulância quebrado, o SAMU foi acionado e logo a vítima Jailma Gomes de Souza, foi conduzida ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB.

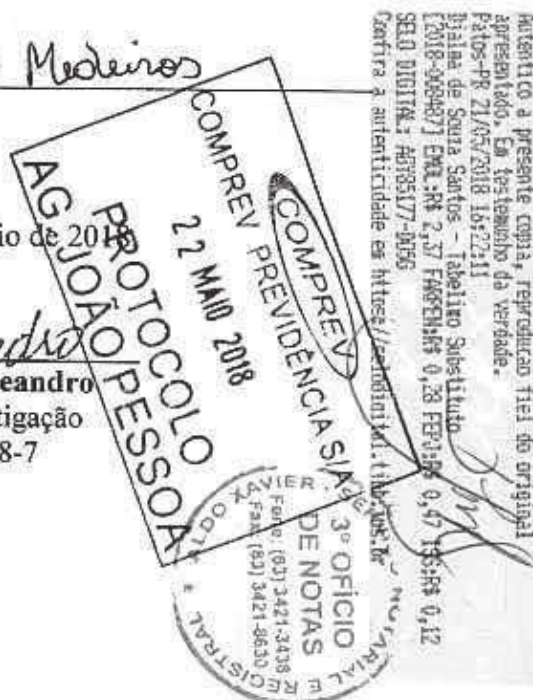
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

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

Notificante: Alexandre Raimundo Medeiros

Patos/PB, 03 de Maio de 2018

André
Ana Mª da C. Leandro
Agente de Investigação
Mat.: 138.428-7



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Faúlma Gomes de Souza

CPF da Vítima

129.917.044-70

Data do Acidente

27/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9655-9484
(87) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

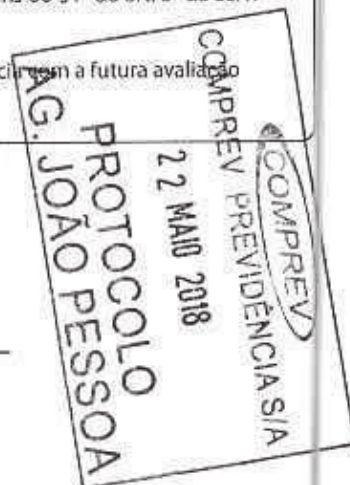
Corumbá - PB, 18 de Maio de 2017

Local e Data

Faúlma Gomes de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLHO DAGUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Manoel Almeida Costa, s/n – Olho D'Água – PB

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a) **JAILMA GOMES DE SOUZA**, portador do RG nº **4.296.814** e CPF nº **129.917.044-70**, no dia **27/08/2017** sofreu acidente na **BR 361** e foi socorrida pela Ambulância pertencente a Secretaria Municipal de Saúde, município de Olho D'água.

Declaro também que as informações prestadas são verdadeiras.

Olho D'Água, 18 de Outubro de 2017


Rosilda Carvalho Souza
Secretaria Municipal de Saúde

Rosilda Carvalho Souza
Secretário Municipal de Saúde





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USB-1

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data <u>20.12</u>	Ocorrência nº	Paciente / Usuário <u>Fabiana Gomes de Sousa</u>	Idade <u>17</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>CPA 24hs</u>		Bairro <u>Boa Vista</u>	Médico Regulador <u>Ricardo</u>	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: PR2 RESPONSÁVEL: Wostenildo Crispim FUNÇÃO: Oncologia Cirúrgica

MOTIVO DE TRANSPORTE:

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

colúmbula metá - metá

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Absente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ m m
PA: 100/80 FC: 86 TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 94 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SOV + imobilização + colar cervical + prancha rígida + oxigênio + transporte
ao PR2

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

20.12.17, 17 anos, consciente, orientada, eufórica, vítima de colúmbula metá - metá. Intubada e ambulância de município de Olinda. Chegada em HSE e HTE apresentando ferimento em MIE. Imobilização em prancha rígida + colar cervical, imobilização dos MSE e HSE. Foi para transporte em PR2.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*Opus
completo
atendimento*

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDAGÁSTRICA ☐ SONDAVESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

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

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

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

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

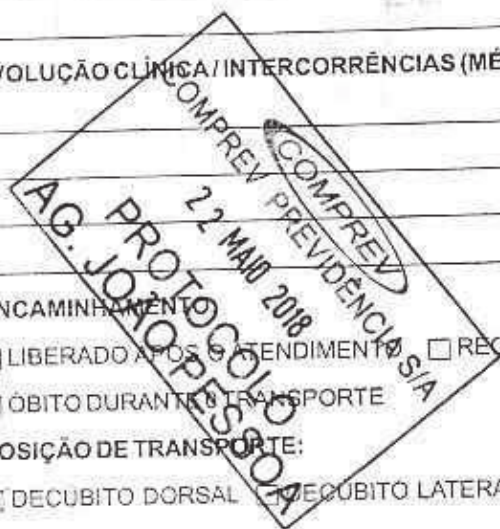
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MEDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Thayane Zilberberg* COREN: *22619* MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *Thayane Zilberberg*



PEDRO AVELINO SILVA
SIT BOIMANSO, S/N - APEA RURAL
COREMAS - PB CEP: 58773000 (A.O. 227)

Emissão: 10/03/2018 - Referência: Mar/2018
Classe/Serviço: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 53-753-3380 Nº medidor: 00008902176

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Bx 200, Km 25 - Centro Recreio - João Pessoa - PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.065.183/0001-40 - Ins. Est. 16.915.923-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 003.825.700
Cód. para Dab. Automático: 0014834187

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196**

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a:

Apresentação:

Data prevista da próxima leitura:

CPE / CNPI / RANI

Mar / 2018

20/03/2018

19/04/2018

6491927458

UC (Unidade Consumidora):

51463618-7

Canal de contato

- Furo de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e danificar. E ainda prejudica os vizinhos, pois, se fura, prejudica a qualidade de fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/02/18	847	23/03/18	937	
Demonstrativo				
CC - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. X-mo(R\$)
0801 Consumo em kWh	89,00	0,350000	31,15	0,00
0810 Subsídio	8,25	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LL.M.PUBLICA	5,44	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORATÓRIA 01/2018	7,38	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2018	0,54	0,00	0,00	0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	0,95	0,00	0,00	0,00
0804 COMPENSAÇÃO POR DCCR 01/2018	-0,37	0,00	0,00	0,00
0808 Desplac. Subsíd. c.	-6,60	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 27,36 0,00 0,00 30,84 0,20 0,00

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

27/03/2018

R\$ 27,36

Histórico de Consumo (kWh)

15 | 19 | 09 | 80 | 54 | 80 | 56 | 64 | 66 | 64 | 70 | 78
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

RESERVA DO FISCO

f8e5.7493.d1c9.3d34.8bfd.1a9e.e10c.b02e

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	12,75	0,93
DC TRIMESTRAL	25,52	
DC ANUAL	51,04	
FI MENSAL	1,82	1,00
FI TRIMESTRAL	15,54	
FI ANUAL	31,29	
DMC	0,99	
DCCR	16,60	

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	1,89	28,09
Compra de Energia	9,40	26,18
Serviço de Transmissão	1,22	4,31
Encargos Setoriais	2,20	7,91
Impostos Diretos e Encargos	7,65	28,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	28,33	100,00

Valor em USD (Ref. 1/2018) R\$ 12,96

ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/04/2018. Conforme Resolução nº 4 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de cancelamento do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a(s) fatura(s) efetuada(s) pagamento(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7.681/13 R\$ 8,00
Isento ICMS

Faturas em atraso
Fev/18 33,51

COMPREV
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Fatura
Número da Fatura: 1309300632
TIM Celular S.A.
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 3160 - SL 6-João Pessoa
CEP: 51.04-214 - 51020-095 - PB - 51.143-505-0

DESTINATÁRIO



CTU RECIFE PE 01A PLTU
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984808401
R TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58704-460 - PATOS - PB



7214248718 10920 00020000010 30 251115

T.M. é marca dos serviços de telecomunicações

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Faúlma Gomes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.917.044 / 70 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Faúlma Gomes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.917.044 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ 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: RUA TITICO GOMES		Número: 405	Complemento: Casa
Bairro: BELA VISTA	Cidade: PATOS	Estado: PARAIBA	CEP: 58706-460
Email: emmanoela@hotmail.com.br		Telefone comercial(DDD): (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD): (83) 9 9855-9484

Patos - PB, 18 de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2605473 CNPJ: 08.778.268/0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: JAILMA GOMES DE SOUZA
Mãe: MARIA DE FATIMA MARTINS DE SOUZA
Nascimento: 27/3/2000 Idade: 17 Cor: BRANCA Sexo: F
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: RUA JOAO KENEDI Num.:
Bairro: CENTRO Fone: (83)99857-9821
Cidade: EMAS - PB - 58763-000 - 2505907
CNS: Identidade: 4296814 SSP-PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 27/8/2017 03:51:54 Recepcionista: LUZIARA
Ficha Número: 219856 73504

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

do paciente visto e ouvido
do nariz

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATER: 5 - MEDICAMENTOS E OUTROS

- CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 01 - ELETIVO
 - ☐ 02 - URGÊNCIA
 - ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 - ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 - ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO Descrição

Varia o tipo de atendimento
diagnóstico de fratura

DIAGNÓSTICO

- MEDICAÇÃO
- ☐ 1. PRESCRITA
 - ☐ 2. APLICADA
- ENCAMINHAMENTO
- ☒ OBSERVAÇÃO
 - ☐ OUTRO HOSPITAL
 - ☐ RESIDÊNCIA
 - ☐ ÓBITO
 - ☐ INTERNAÇÃO
 - ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	03	01	06	00	29
2 -					

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Crm / Cns

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 308-0036-9099-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

CBO

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

VEIO
COMPREV NO SIA
COMPREV PREVIDEN
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA
CBO 10

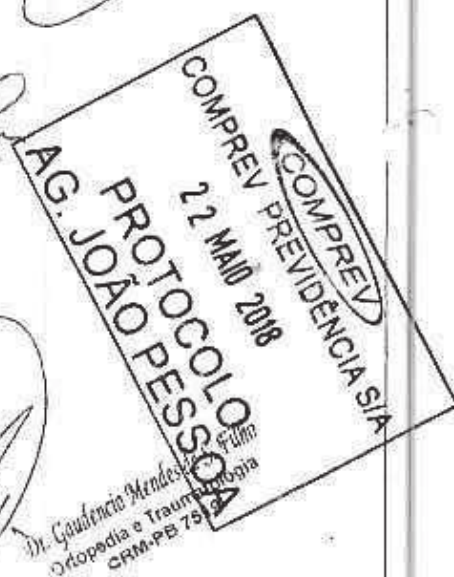


GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Tristão Costa Lima</u>	
DA CLÍNICA A CLÍNICA <u>Cirurgia</u>	ENFERMARIA <u> </u> LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Pré-história de trauma</u> (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>25/05/2014</u> DATA	<u>[Signature]</u> ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>paciente vítima de acidente de trânsito,</u> <u>com trauma em membro superior direito</u> <u>2x: fratura do rádio distal</u> <u>at: Internar no hospital</u>	
<u>27/05/14</u> DATA	<u>[Signature]</u> ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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

VEIO
NO
SAMU

Data/Hora 27/8/2017 04:38:32

Prontuario: 73504
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente JAILMA GOMES DE SOUZA

Idade: 17 Sexo F

Filiação

Pai: JOSE EUDO PAULINO GOMES
Mãe: MARIA DE FATIMA MARTINS DE SOUZA

Endereço

Cidade: EMAS - PB - 58763-000 - 2505907
Endereço: RUA=JOAO KENEDI
Bairro: CENTRO
Naturalidade:
Fone: (83)99857-9821

N.:

Documentos

CNS:
Identidade: 4286814 SSP-PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 27/3/2000
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Sem uso mpc rhante

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

*Paquet urina e fezes -
sem problemas*

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

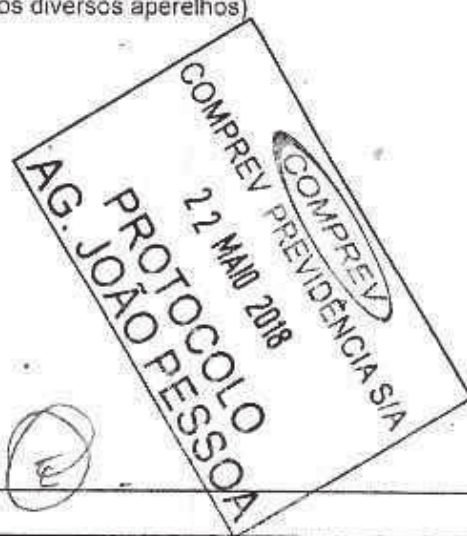
Diagnóstico:

Fratura do rádio distal

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 06 / 09 / 17

Recepcionista: LUZIARA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Paulo César de Souza</i>	Nº prontuário
Data da Cirurgia	<i>05/09/17</i>	Leito
Cirurgião	<i>Dr. Guilherme Mendes</i>	1º Auxiliar
Anestesista	<i>Dr. Góes</i>	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura do radius distal (E)</i>	
Tipo de Cirurgia	<i>AO membros</i>	
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

(Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais)

*Acute no art. radius distal / Anestesia + campo
limpo / Incisão volar em punho (E) + abe-
rir 1º plano / Redução aberta + fixação inter-
na 1º plano e para-funil / Lavagem 11 x 100.97.1
Suturas 7 pontos*

*Dr. Guilherme Mendes
CRM-PB 7519*



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Tailma Gomes Louza

DA CLÍNICA

Interna

ENFERMARIA

18

A CLÍNICA

Cardiologia

LEITO

24

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Riscos Cirúrgicos

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente permanentemente hipertenso. Neg. HTA,
DM, Artr. Relat. tabagismo ocasional.
ECG Bom, regular, eixo normal, ondas, amplitudes
normais. RERINT BNT SL
M. MV audível M+ S+ R
ECG Ritmo Sinus Regular. ECG normal
Até superior de Repolarização

Risco Cirúrgico: Baixo

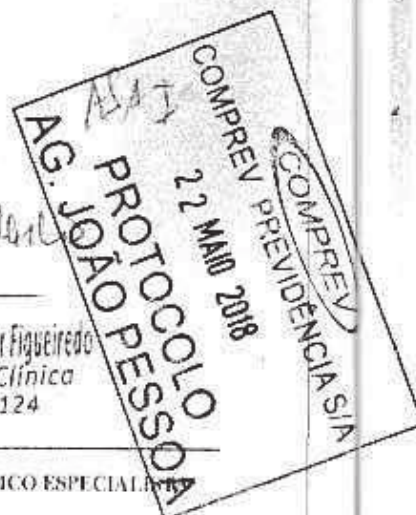
APTA ao Procedimento Cirúrgico

24/10/17


DATA

Dr. George de Alencar Figueiredo
Cardiologia Clínica
CRM-PB 5124

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulina Gomes de Souza					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UX: 19	LEITO: 041	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 17	REGISTRO: 73504	
CIRURGIÃO: Dr. Sergio Raul Silva		ANESTESISTA: Dr. Meury			
INSTRUMENTADORA: Sergio		DATA: 03/09/17			
		HORA: 11:25		FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Capnógrafo	1	Soro Soro 91
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvax Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 24
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Nebuliz propofol		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Publcovalina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcon	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vacilina Estéril
	Diazepan	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmin		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPREV
PROTÓCOLO
22 MAR 2018
PREVIDENCIA S/A

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Tailma Gerson de Souza</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
DT. <i>1º</i>	LEITO <i>04</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>17</i>	REGISTRO <i>73504</i>	
CIRURGIA <i>TTT C de próstata de radio</i>		CIRURGIÃO <i>Galbencio</i>			
ANESTESIA					
INSTRUMENTADORA <i>Alan</i>		DATA <i>05.09.17</i>	INÍCIO <i>09:50</i>	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<i>1</i>	TX. de Instrumentação <i>5F 50mm</i>	<i>1</i>	Equip. pl. soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<i>6</i>	Luvas Est. pl. Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<i>1</i>	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<i>x</i>	TX. Sala	<i>2</i>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<i>5</i>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	<i>2</i>	Seringa 20 ml
<i>x</i>	TX. Oxímetro de Pulso	<i>5</i>	Eletrodos desc.
	Neocain	<i>2</i>	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
<i>1</i>	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
<i>1</i>	Xilestesin a 5% <i>com uso</i>		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
<i>1</i>	Xilocaina a 2%	<i>x</i>	Esparadrapo
	Etodimide	<i>x</i>	Xilocaina Gel
	Ketalar	<i>x</i>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<i>x</i>	PVPi Tintura
	Dimorf	<i>x</i>	Gases
	Lanexat 0,5ml	<i>x</i>	Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane	<i>1</i>	Etílex <i>cutiter maxif</i>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
<i>5</i>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<i>2</i>	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<i>1</i>	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
<i>1</i>	Tiladil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl. amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
<i>1</i>	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	<i>1</i>	<i>unif 1</i>

1 Nylon 3

COMPREV
22 MAR 2018
PROTOCOLO
Pessoa
COMPREV
PREVIDENCIA S/A



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

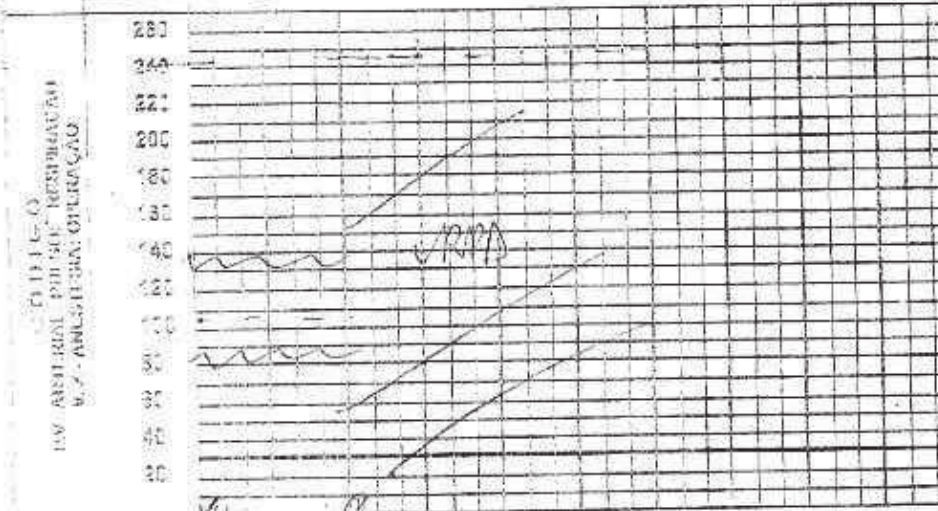
Hospital		Enfermeira		Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: JAILMA GOMES DE SOUSA		Idade: 17	Sexo: F	Cor:
Data: 03/01	Pressão Arterial: 120x80	Respiração: C/VALEIO APNEIA	Temperatura:	Peso:	Altura:	
Tipos sanguíneos:	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros:
Diagnóstico Pré-Operatório						
Ap. Respiratório: MV 10 cm AHT 5/RA				Aorta: NEGA NEGO		
Ap. Circulatório: AHA CM RT, BNF 1/1				Eletrocardiograma: ATMOSINUS		
Ap. Digestivo: JEJUM				Ap. Urinário:		
Estado Mental: B.O.F.		Ataxicos:	Corticoides:	Alergia: NEGA	Hipotensão:	
Diagnóstico Pré-Operatório: FRACTURA DE PUNHO (E)				Estado Físico: BAC		
Antecedentes Patológicos:				Risco:		
Medicamentos Prescritos:				Aplicação:	Efeito:	
11:15 11:30						
INDUÇÃO						
Sedol: 5 Excl: Base:						
Laringo Espasmo: Laring:						
Náuseas: Vômitos:						
Outros:						
MANUTENÇÃO						
Anestesia Sedol: Sim 5 Não						
Não, porque?						
DESPERTAR						
Reflexos m 50:						
Obstc: CO2 Excl:						
Náuseas: Vômitos:						
Outros:						
Com câmbio:						
para o leito sim: não						
CONDIÇÕES						
Câmbio:						
Símbolos:						
Sinais:						
Paciente:						
Agente:						
Nódoa: SE ALAO						
Operação: TTD OITINGILO DE FRACTURA DE PUNHO						
Cirurgião: MONRISC						
Anestesiologista: GUTENBERG DA BONA-LIMA / CAM 9390						
Observações:						
Anotar as variações, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias						



FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Juliana Gomes de Sa</i>		Idade <i>17</i>		Sexo <i>F</i>		Cor	
Data <i>01/09/17</i>	Processo Anestésico <i>126200 / 80</i>	Respiração <i>1</i>		Temperatura		Peso		Altura	
Tipo Sanguíneo		Hemácia		Hemoglobina <i>UP</i>		Hematócrito		Glicemia	
Ureia		Creatinina		Ultrassom		Outros			
Ap. Respiratório						Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório						Eletrocardiograma <i>UP</i>			
Ap. Digestivo						Dentes		Pescoço	
Estado Geral <i>IV</i>						Alergia		Hipotensões	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Pré visto de 10/17</i>						Estado Físico <i>R</i>		Risco	
Anestesia Antecedente									
Medicação Pré-Anestésica						Aplicada em		Efeito	

Argentine
Cable
7/1/20

Lapangan



Symboles
Antécédentes

NOTED

Agente: Norman G. T. + Adis 18 - G. T. 220 G. T. - 200

Técnicas Blog Plan Diagrama Introdução 1

Operação: *the ex part of this draft (E)*

Anesthetist: Dr. J. L. L. L.

Chapman 555

Anotar-se-veem as normalizações Pré-operatórias e Pós-operatórias

INDUÇÃO		
Satisf. _____	Excit. _____	Tosse _____
Laringo Espasmo _____		Lenta _____
Núseas _____		Vômitos _____
Outros _____		

MANUTENÇÃO

Anestesia Satel. Sim _____ Não _____

Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula _____
para o leite sim _____ não _____
CONDICÕES _____

APPROVED

Câna	PRO	22 MI	PRE	MR
------	-----	-------	-----	----

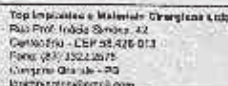
PHOTO VIDEO

18/01/2008

1650

5774

Com câmbula
para o leito sim não
CONDIÇÕES
Câmbula
AG. JOÃO PESSOA
22 MAIO 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A



Hospital: H. R. de Pôrto Código: _____

Procedimento: Cirurgia de redução de bacia Cód. do Procedimento:

Paciente: Agustina Gómez de Souza

Data da Cirurgia: 05/09/17 Prontuário N°: 73.504 Convênio: 545.

Cirurgião: Gaudêncio Coódiço: ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

[illegible]

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL	3.5mm	16	05			
PARAFUSO						
CORTICAL	4.5mm					
PARAFUSO						
ESPONJOSO	4.0mm					
PARAFUSO						
ESPONJOSO	6.5mm					
ESP. R/16	CURTA					
PARAFUSO						
ESPONJOSO	6.5mm					
ESP. R/32	LONGA					
PARAFUSO						
MALEOLAR	4.5mm					

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Nº do pedido: _____

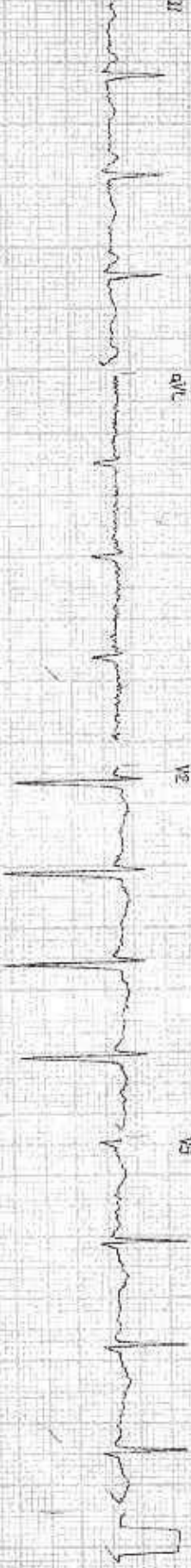
COMPREV
PROTOCOLO 12 MAR 2018
AG. JOAO PESSOA

22/08/2017

06:40

2017

06:40



CB PLM N 23

aVF

V1

V4



V2

V6

V2

V5

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente: JOILMA GOMES DE SOUSA Nascimento: 27/03/2000 Idade: 17 Sexo: F
Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 15529 Pront.: 35427
Laboratorio: INTERNO 8/03/2017 09:56:20
Enfermaria: ORTOPEDIA Leito: 1/04

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³	Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Eritrócito:	3.880.000 /mm ³		
Hemoglobina:	11,7 %	13.5 - 18.0 g%	12.5 - 16.0 g%
Hematócrito:	34.9 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	92,0 fL	80 - 98 fL	80 - 98 fL
H.C.M.:	31,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	34,0 %	31 - 36 %	32 - 36 %
R.D.W.:	16,1 %	11.5 a 14.5 %	11.5 a 14.5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

		Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos Totais	9.900	
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1
Bastonetes	0	0 a 5
Segmentados	76	40 a 70
Eosinófilos	3	0 a 5
Basófilos	0	0 a 1
Linfócitos		
Típicos	14	20 a 35
Atípicos	0	
Monócitos	7	2 a 10

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 251.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia:

Método: AUTOMATIZADO

Rita
Márcia Maria Silva Costa
Enfermeira
08/03/2017

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente:	JOILMA GOMES DE SOUSA	Nascimento:	27/03/2000	Idade:	17	Sexo:	F
Médico:	GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO	Cod. Pac.:	15529	Protocolo:	35427		
Laboratório:	INTERNO				23/08/2017		09:56:20
Enfermaria:	ORTOPEDIA	Leito:	1/04				

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO 12.3 segundos
Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE 0 segundos
Metodo: QUICK Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA 83.85
Referencia: 75 a 100 %

INR 1.15

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO 26.3 segundos
Material: PLASMA - CITRATO Referencia: 25 a 35 segundos
Metodo: BEL E ALTON
Relação Plasm. Paciente/Norm. Referencia: 0.8 a 1.2

[Handwritten signature]
Dr. Jandúhy Carneiro
Secretário de Estado da Saúde
2017



GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente:	JOILMA GOMES DE SOUSA	Nascimento	27/03/2000	Idade	17	Sexo	F
Medico:	GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO	Cod. Pac.	15529	Protocolo	35427		
Laboratorio:	INTERNO			23/08/2017	09:56:20		
Enfermaria:	ORTOPEDIA	Leito	1/04				

BIOQUIMICA I

GLICOSE (JEJUM)

Material: PLASMA
Metodo: ENZIMATICO AUTOMATIZADO

Referencia: 65 a 99 mg/dL

58,0 mg/dL

[Handwritten signature]
Cláudio Assis Silva Costa
Coordenador de Laboratório

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓDIGO DE CONTROLE
84BC.536A.DF8A.F87E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:36:22 do dia 21/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-239

Jailma Gomes de Souza

CARTeira DE IDENTIDADE



AG. JOAO PESSOA
22 MAIO 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A
COMPREV

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
Mascimento 27/03/2000

JAILMA GOMES DE SOUZA
Nome

129.917.044-70
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

VALIDA EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL
REG/NO 4.296.814
EXERCÍCIO 21/11/2014

NOME JAILMA GOMES DE SOUZA
FILIAÇÃO JOSE EUDO PARRINO GOMES
MÁRIA DE JAILMA MARTINS DE SOUZA
GOMES

NATURALIDADE COMINAS-PB
DOC. ORIGEM NASC. N. 3938 ERS. 17 MAR. 004
CPF 129.917.044-70

27/03/2000
DATA DO NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - PB
Nº 013813500160
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1002754426-4 100/00000000 2017
ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS

70141783427
NOVO
FB 9C2KCL670CR556310
RUBICA
0FB1967/PB

PAS/MOTOCICLS/NAO APLIC
HONDA/CG 150 FAN EST
2 E/149 /CI PARTIC PRESTA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) 100
PAGO EM 09/00/0000
16/11/2017
SEM RESERVA DE DOMINIO

DETRAN - PB
19267
31054

Segundo Departamento de Danos-Pessoas Causados por Veículos
MOTORISTAS DE VEÍCULOS, FERRENTES, CONDUTORES, CARTEIROS, TRANSITANTES OU NÃO, SEGURO DPVAT
PB Nº 013813500160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraliber.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

70141783427
NOVO
FB 9C2KCL670CR556310
RUBICA
0FB1967/PB
HONDA/CG 150 FAN EST
2 E/149 /CI PARTIC PRESTA

PAS/MOTOCICLS/NAO APLIC
HONDA/CG 150 FAN EST
2 E/149 /CI PARTIC PRESTA

PREMIO TARIFARIO
100 (R\$) 100
PAGO EM 09/00/0000
16/11/2017
SEM RESERVA DE DOMINIO

AG PROTOCOLO
22 MAR 2018
AG PROTOCOLO
22 MAR 2018
AG PROTOCOLO
22 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813500160

69678956250
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1002754426-4 100/00000000 2017
ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS

RUA PROJETADA EM CASA
CENTRO
99763000EMAS-PB

70141783427
NOVO
FB 9C2KCL670CR556310

CASSANDRA DOS SANTOS BARBOSA

PAS/MOTOCICLS/NAO APLIC
HONDA/CG 150 FAN EST
2 E/149 /CI PARTIC PRESTA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor: KC16570556310

EMAS-PB

19267

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180236762 **Cidade:** Olho D'Água **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILMA GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 8°, AUMENTO DE VOLUME EM FACE DORSAL DO PUNHO (2+/4+), DOR E EDEMA RESIDUAIS EM PUNHO ACOMETIDO, AFIRMA FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR, ALÉM DE RIGIDEZ DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ATUALMENTE PACIENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO DE FORMA INTENSA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180236762 **Cidade:** Olho D'Água **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILMA GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO E NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180236762 **Cidade:** Olho D'Água **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILMA GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 8°, AUMENTO DE VOLUME EM FACE DORSAL DO PUNHO (2+/4+), DOR E EDEMA RESIDUAIS EM PUNHO ACOMETIDO, AFIRMA FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR, ALÉM DE RIGIDEZ DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ATUALMENTE PACIENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO DE FORMA INTENSA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jailma Gomes de Souza
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: Agricultora
Identidade: 4.296.814 CPF: 139.917.044-70
Endereço: Sítio Boa Mansão - Corumbá - PI

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

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, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, 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 para a vítima

Jailma Gomes de Souza

Patos-PB 13 de Abril 2018

Local e data

ALDO
XAVIER

Jailma Gomes de Souza

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO DE FIRMAS
O(A) ESCRITURÁRIO(A) DE FIRMAS DO(A) ESCRITURÁRIO(A)
O(A) ESCRITURÁRIO(A) DE FIRMAS DO(A) ESCRITURÁRIO(A)

Alcides Xavier César
Téc.º



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de
JAILMA GOMES DE SOUZA
Em test. da verdade. Patos-PB 13/04/2018 10:11:06
MARIELA SOUZA DE ANDRADE XAVIER - Escriturária
[2018-003837]ENL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPI:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: 46T55697-76SM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

