
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: 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.seguradoraslider.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, 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.seguradoraslider.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, 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.seguradoraslider.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 n°: 12978907

A/C: 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 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Nome completo da vítima

129.917.044-70

Julma Gomes de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo	Julma Gomes de Souza	CPF titular da conta	129.917.044-70	Profissão	Agricultora
Endereço	Sítio Boi Manso	Número	S/N	Complemento	Casa
Bairro	Área Rural	Cidade	Coremas	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58770000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9975

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	

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 18 CONTA NRO. 14.955 DV 5
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

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.

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

- Julma 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 POUPANCI

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. :

DATA MOV NR.DOC HISTORICO

T A X A

V A L O R

S A L D O

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

SALDO EM 06/10/2017 R\$

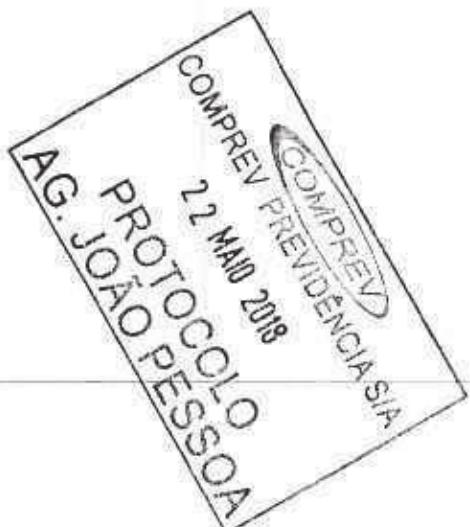
F7 VOLTAR PAG.

F8 AVANCAR PAG.

0,00

TEF39D7I

F12 FINALIZAI





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 AST

CPF da Vítima

129.917.046-70

Nome completo da vítima

JAILMA GOMES DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jailma Gomes de Souza	CPF titular da conta	129.917.046-70	Profissão	Agricultora
Endereço	Sítio Boa Morte	Número	8/N	Complemento	Casa
Bairro	Área Rural	Cidade	Ceará	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58770-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003
					(83) 9 9630-1658
					(83) 9 9655-9484
					(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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
4982		14.955	4

COMPARECIMENTO PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTÓCOLO

(Informar dígito se existir) (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.

Ceará, 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 PÉRIODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA AXILO PALMAR, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FÍSIO TERAPIA. 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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 de 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 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.

Tiago Martins Formiga

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 integra: 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 Policia 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 sitio Muselo, próximo a cidade de Olho D'Agua/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'Agua/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

Ana M. 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

Jailma Gomes de Souza

CPF da Vítima

129.917.044-70

Data do Acidente

27/10/2017

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:

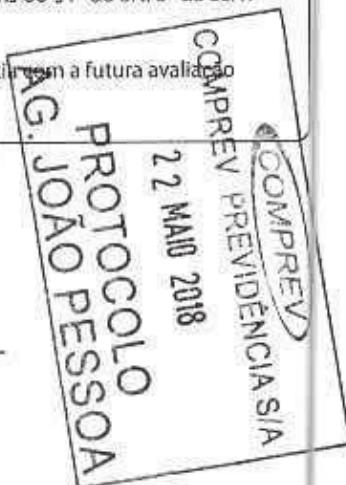
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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.

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



Jailma Gomes de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLHO D'ÁGUA
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

Secretário Municipal de Saúde





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>24/03/18</u>	Ocorrência nº <u>VTR 24/03</u>	Paciente / Usuário <u>Júlia Gomes de Souza</u>	Idade <u>17</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>VPA</u>	Bairro <u>Bessa Olinto</u>	Médico Regulador <u>Ricardo</u>		
Apóio 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"/> PSQUIÁTRICO
<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 CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: VTR | UNIDADE: RESPONSÁVEL | Função: Nestorildo Crispim

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

celite meto-meto

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mmHg 50mmHg

PA: 10x80 FC: 86 TEMP.: 36 °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 99 SpO2c/O2: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

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

INTERVENÇÕES:

env + imobilização + colar cervical + punção vírica + curativo + transporte ao VTR

Evolução do Enfermeiro:

paciente, 17 anos, consciente, orientado, eupática, vítima de colisão motorizada intencional - ambulância do município de Alto do Chapéu Guanabara - acidez em MSE e HIS - apresentando ferimento em MSE. Foi imobilizado em maca rígida + colar cervical, imobilização dos MSE e HIS. Foi levado para hospital de referência

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Oxigênio
compressas
ataduras

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL

NORMAIS 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 OXIGÉNIO (02) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS:

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

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

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

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

RECUSA:

NOME:

R.G.:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO:

CRM:

MAT.:

ENFERMEIRO(A): José Wayne Z. Lamey

COREN: 22619

MAT.:

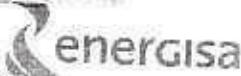
AUX. TÉCNICO DE ENFERM.:

COREN:

MAT.:

CONDUTOR:

PEDRO AVELINO SILVA
SIT ROMANHO, SN - APARAFURAL
COREMAS/PB CEP: 5877000 (AO. 227)



Emissao: 20/03/2018 Referencia: Mar/2018
Classe/Símbolo: RURAL /RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 53-729-3380 N°medida: 30008802176

ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-200, Km-26 - Centro Residencial João Pessoa/PB - CEP:58016-690
CNPJ:09.356.125/0001-40 - Ins Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°003.828-700

Cód para Det. Automatizado: 0014636187

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

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar / 2018	20/03/2018	19/04/2018	6491927458 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1463618-7

Canal de contato:

- Furo de energia é a maior rouboada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar ciúme. Ele ainda prejudica seu quintal não faz, o que prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrônicos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, A1a e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 19/02/18	Lerda: 847	Data: 20/03/18	Lerda: 907	1 80 29
Demonstrativo:				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alq. X-ns(R\$) Base Calc. Pls(R\$) Outros(R\$)
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) IPI(R\$) Maçanete(R\$) (0,877%) (0,121%)	
0801	Consumo em kWh	80,000 0,4508800	21,68 0,00 0 0,00 21,68 0,14 1,87	
0810	Subsídio	0,25	0,00 0 0,00 0,25 0,06 0,26	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:				
0807	CONTRIBUICAO U.M.PUBLICA	5,44	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804	JUROS DE MORA 01/2018	0,38	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 01/2018	0,54	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0806	ATUALIZACAO MONETARIA 01/2018	0,35	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804	COMPENSACAO POR DIFC 01/2018	0,37	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0808	Devolução Subsídio	0,00	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCO Código de Classificação do item TOTAL: 27,36 0,00 0,00 30,84 0,26 0,96

Média últimos meses (kWh):

56

VENCIMENTO:

27/03/2018

TOTAL A PAGAR:

R\$ 27,36

Histórico de Consumo (kWh):

15	19	29	30	54	80	56	64	66	84	70	78
Mar/17	Abr/17	Mar/17	Jun/17	Jun/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Aprox.	Unidade de Tensão (V)
DC MENSAL	12,75	0,93
DC TRIMESTRAL	25,52	
DC ANUAL	51,05	NOMINAL
FIC MENSAL	7,82	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,54	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,29	LIMITE INFERIOR
EMC	8,99	0,93
GCR	16,80	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço da Dist. da Energisa/PE	7,98	28,09
Compra de Energia	9,40	33,18
Imposto de Transmissão	1,22	4,31
Entrega, Seleção	2,20	7,77
Impostos Diretos e Encargos	7,55	28,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	28,39	100,00

Valor do EUSO (Ref 1/2018) R\$12,98

ATENÇÃO:

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso o(s) faturamento(s) acima relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/04/2018. Conforme Resolução 4/4 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade da eventual suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na Unidade consumidora da Companhia. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) atrasada(s), desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito (caso de endividamento). Subvenção DEC 7.000/13 PES/2018. Isento ICMS.

Faturas em atraso:
Fev/18 33,51

COMPRENSÃO PREVIDENCIAS
11 MAIO 2018
PROTÓCOLO JOÃO PESSOA

REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Fatura
Número do Faturamento: 1309320692
TIM Celular S.A.
Av Presidente Epitácio Pessoa, 3100 - SL 6
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20530-005-00 - I.C.: 16.143.505-0

DESTINATÁRIO



CIC RECIFE PE JPA/PE/10
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984808401
R TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58704-460 - PATOS - PB



*TIM é marca dos serviços de telecomunicação.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, 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 Jailma Gomes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.917.044 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Jailma 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 9665-9484	

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


Assinatura do Declarante





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76
HOSPITAL REGIONAL DEP JANJUHY CARNEIRO
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: JAILMA GOMES DE SOUZA
Mae: MARIA DE FATIMA MARTINS DE SOUZA
Nascimento: 27/3/2000 Idade: 17 Cor: BRANCA Sexo: F
Profissao: 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. Nas.:
Data / Hora: 27/8/2017 03:51:54 Receptorista: LUZIARA
Ficha Número: 219856 73504

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATER: 5 - MEDICAMENTOS E OUTROS
5 - 07/08/2017 10:00 AM 2017 4-15

- 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
 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 (EX: FÍSICO)

PROCEDIMENTO Descrição

Varreu o auto de moto

Anelito de ferro

DIAGNÓSTICO

COMPREV PREVIDENCIA

22 MAIO 2018

AG. JOÃO PESSOA

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0301061029
2 -

Ass. dos Profissionais Assentados - carimbos

Médico / Crm / Cns
TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 000-0036-9099-2707

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polgar Direto

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Isabelina Gomes Souza

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Cirurgia

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Artrite - do joelho

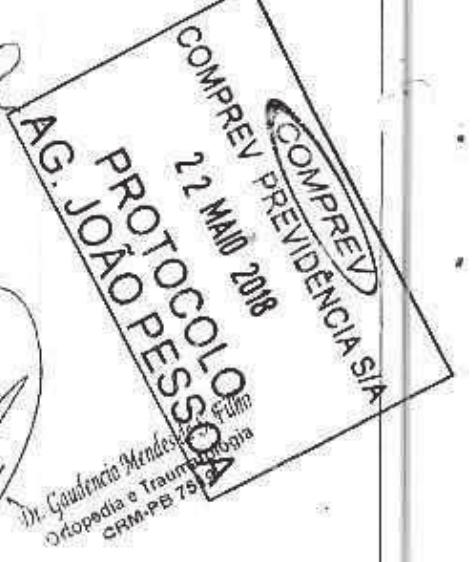
União Brasileira de Cirurgia Ortopédica e Traumatocirúrgica
Cirurgia Ortopédica e Traumatocirúrgica

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

paciente com dor lumbosacra clínica B,
e traumas no punho e joelho E
2x: fratura do maléolo interno E

av. Internacionais Capim Branco



23/05/14

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATO 30201
PARAIBA (83)3423-2741

VERGEM
SAMDU

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 N.
Bairro: CENTRO
Naturalidade:
Fone: (83)99867-9821

Documentos _____
CNS:
Identidade: 4296814 SSP-PB
CPF:
Reg. Nasc.:

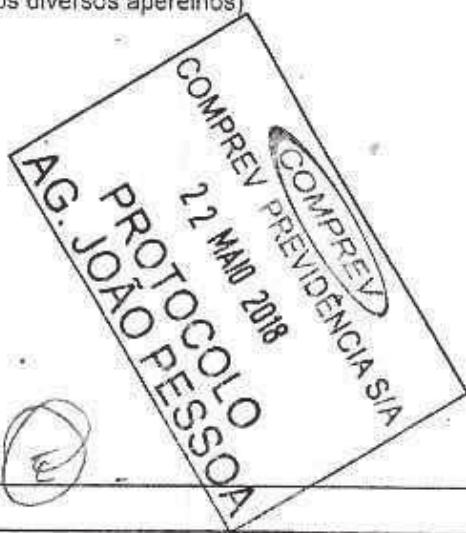
Informações adicionais _____
Nascimento: 27/3/2000
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: Sem laço nenhuma

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

Pausa uterina de trico...
sem fundo (2)

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



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: Fratura do rádio distal (2)

Motivo da Alta: _____

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

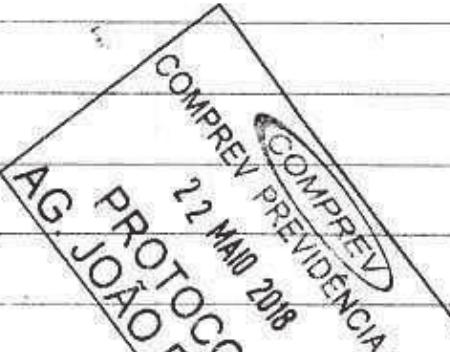
Receptionista: LUZIARA



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



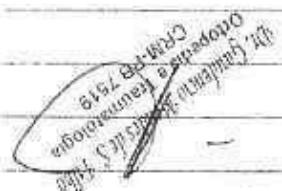
RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Paulo Henrique Góes</i>	Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf. 05/09/18	Leito
Cirurgião	<i>Jr. Guilherme Helder</i>	1º Auxiliar
Anestesista	<i>J. Góes</i>	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fistula do nódulo ductal (G)</i>	
Tipo de Cirurgia	<i>Ato cirúrgico</i>	
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		
 <p>COMPREV 22 MAIO 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO P.</p>		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

Acabé hoy mi web amigas! Asumí que es mejor
terminarla. Tendré que volver a leer la novela (P) y des-
cribir sus personajes / dedicarle atención / mencionar más
sus lugares e paisajes / leerla para la web. Hoy
termino y continúo.





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jailma Gomes Souza

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Ortopédica
Cardiologia

ENFERMARIA
LEITO

18
04

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Risco Cirúrgico

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente permanente hospitalizado N° 1121,
DM, sexo, relato de tabagismo ocasional.
FGB, supino, indolente, cansado, urinária
neg. Reum?TBNF SI
M. UV audível MFT SI RA
ECG ritmo saudável Rgras FCG normal
Alb suspeito de hepatopatia

Exame gástrico - bário

APTA no protocolo n.º 111111

29/10/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PROFILO	Julia Gomes de Souza				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE		
DATA	10	LEITO	04	CONSUMO	17	REGISTRO	73504
CIRURGIA	Cirurgia Rad. Oral				CIRURGIA	Dr. Mello	
MESTRE					AUXILIAR	Enfermeira	
INSTRUMENTADORA	Silvana	DATA	03/09/17	HORA	11:25	FIM	

HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipa p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Latas
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vaginal		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
I	Nétoxan (propofol)		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succão
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	X	Espandrolo
	Etodimide		Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gesés
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Naracín	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cldex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepan		Aiguila descartável
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
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 15g		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
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aiguila de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Fw Ribeiro Neto

COMPRENSÃO
PROTÓCOLO
PESSOA

22 MAIO 2018
COMPREV
PREVIDÊNCIAS

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Jaime Gomes de Souza

DT.

1º

LEITO

04

CONVENIO

SUS

IDADE

37

REGISTRO

73504

CIRURGIA

TTO C de rotura de radio (C) Goldenbue

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

Alan

DATA

05.09.17

INICIO

09:50

FIM

GOVERNADOR PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDEHOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX de Instrumentação 5F 500ml	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	6	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	2	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	5	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	2	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	5	Eletrodos desc.
	Neoncain	9	Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5% com uso		Dreno Succção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVP Tintura
	Dimort		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane	1	Gidex Entite massif
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguinha descartável
5	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
2	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguinha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocone 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPREP
 12 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 PESSOA
 PREVIDENCIASIA



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital	Nome	Enfermada	Idade	NP Procurador
POLPA DE ANESTESIA	JAILNA GOMES DE SOUSA		17	Sexo F Cor
Dia: 03/01	Peso: Antes do Peso	Respiração	Tensão arterial	
	120X80	24UNHO APAREN		Peso:
Tipo Exame:	Hemacias	Hemoglobina	Hematócrito	Altura
			Glicemia	
			Ureia	Outros
Ap. Respiratório			Auditivo	Bronquial
Ap. Circulatório	MVR em ART, S/RA		140/80 M/60	
Ap. Digestivo	ACN em RT, S/NF, J/J			Endoscopia
Ap. Endócrino	SGJOM	Ostens.	ATMOSINUS	Ap. Endócrino
Detalhe Morbida	107	Ataraxicos	Alergias	Hipotensores
Diagnóstico Operatório	EMTUM OC PUNHO (R)	Corticoides	Estado Físico	Riso
Auxílio Anestésico				
Procedimento Preanestésico		Aplicação	Eralto	
	11:15	11:30		
Pré-Operatório				
Atmose				
Apneia				
Expiratória				
Inspiratória				
Respiratória				
Cardiovascular				
Respiratório				
Endocrônico				
Neurovascular				
Urológico				
Reumatológico				
Obstétrico				
Endocrinológico				
Neurologico				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				
Neurovascular				
Urológico				
Respiratório				
Cardiovascular				
Endocrinológico				

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA	Nome	Júlia Gomes de Souza		Idade	Nº Prontuário	
Data	Presão Arterial	Respiração	Temperatura	Peso	Sexo	
03/09/17	107/80 / 80	16	36,5	60	Cor	
Tipo Sanguíneo	Hematíceo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
					Outros	
União						
Act. Respiratório			Amastra			
Act. Circulatório			Eletrocardiograma			
Act. Digestivo			Cânulas	Peacock	Ap. Urinário	
Estado Mental			Ataraxicos	Corticoides	Alergia	
Diagnóstico Pre-Operatório			fut. rotos delf(O)		Estado Físico	
Anestesia e Análgesico					Risco	
Medicamento Pre-Anestésico			Aplicação	Efeito		
INDUÇÃO						
Agente Anestésico	CO ₂					
Líquido	RCF	Satisf.	Excit.	Tosse		
		Laringo Espasmo		Lenta		
		Náuseas		Vômitos		
		Outros				
MANUTENÇÃO						
Agente Anestésico	CO ₂					
Líquido	RCF	Anestesia Satisf.	Sim	Não		
		Não, porque?				
		DESPERTAR				
Reflexos na SO						
Obstr.	CO ₂	Excit.				
Náuseas	Vômitos					
Outros						
Com cânula						
para o leito sim	não					
CONDICÕES						
Agentes	Necesario CO ₂ + CO ₂ 10 - Gasf 60% O ₂ - Gasf					
Técnica	Blog Pessoal Bragança - Intubada + Toco					
Operação	fho ex fut nido delf (E)					
Ornamentos	Dr. dentista					
Anestesista	Dr. Tan					
Observações						
Anotações referentes ao período pré-operatório e Pós-operatório						

COMPREV PREVIDENCIÁRIA
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
22 MAIO 2018
STG



Top Impression & Materials - Gwangju 6, 42
Ras Prof. Ingrid Sanders, 42
Gwangju - CEP 53-426 013
Phone: 062-752-2075
Fax: 062-752-2075
E-mail: ingrid.sanders@knu.ac.kr

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H.R de Pinhoes Código: _____
Procedimento: Cirurgia de varizes distais Cód. do Procedimento: _____
Paciente: Jairney Gomes de Souza
Data da Cirurgia: 05/09/17 Prontuário Nº: 735011 Convênio: Susep.
Cirurgião: Guedes C. Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Estrar N.F. para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. do consultor: Total:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO E-TOQUE	
PROTÓCOLO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL	
1 MAIO 2018	
JOÃO PESSOA	

names

Date 22/08/2018 Time 06:40

50

100

150

200



III



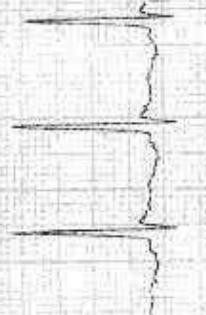
aVR



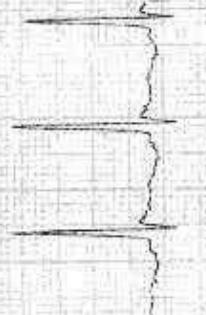
V1



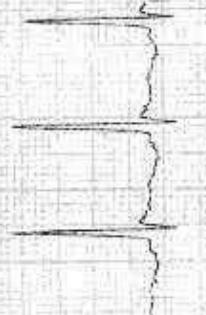
V2



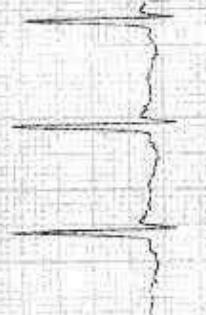
V3



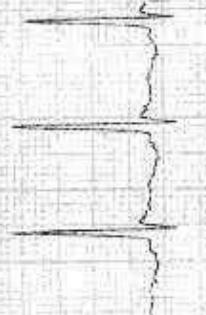
V4



V5



V6

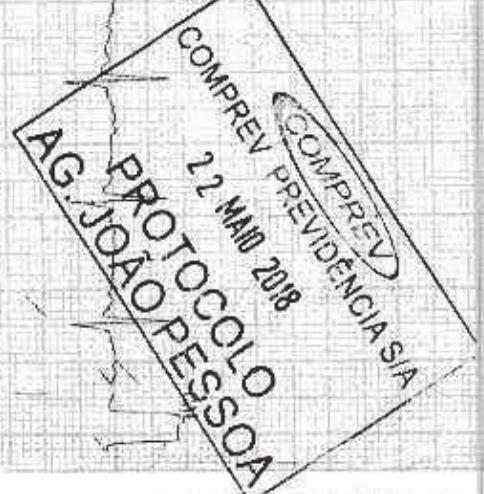


CB FILM N 25

SFR

II

V5



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOILMA GOMES DE SOUSA
 Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO
 Laboratorio: INTERNO
 Enfermaria: ORTOPEDIA

Nascimento: 27/03/2000
 Sexo: F
 Cod. Pac.: 15529
 Prot. 35427
 Data: 8/9/2017
 Leito: 1/04

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 - 16,0 g%
Hematócrito:	34,9 %	40 - 54 %	36 - 47 %
V.C.M.:	92,0 u3	80 - 98 u3	80 - 99 u3
H.C.M.:	31,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	34,0 %	31 - 36 %	31 - 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	0	
Metamielócitos	0	0	0 a 1	
Bastonetes	0	0	0 a 5	
Segmentados	76	7524	40 a 70	
Eosinófilos	3	297	0 a 5	
Basófilos	0	0	0 a 1	
Linfócitos				
Tipicos	14	1386	20 a 35	
Atípicos	0	0	-	
Monócitos	7	693	2 a 10	

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 251.000
 Valores de Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia:
 Método: AUTOMATIZADO





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 Data: 13/08/2017
Enfermaria: ORTOPEDIA Leito: 1/04

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO 12,3 segundos

Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE

0 segundos

Metodo: CICK

Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA

36 %

Referencia: 75 a 100 %

INR

1,5

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO

26,3 segundos

Material: PLASMA - CITRATO

Referencia: 25 a 35 segundos

Metodo: BEL E ALTON

Relação Plasma/Paciente/Normal
Referencia: 0,9 a 1,2



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
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						
Enfermaria:	ORTOPEDIA						
		Leito:	1/04				

BIOQUIMICA I

GLICOSE (JEJUM)	58,0 mg/dL
Material:	PLASMA
Metodo:	ENZIMATICO AUTOMATIZADO

RECIBO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

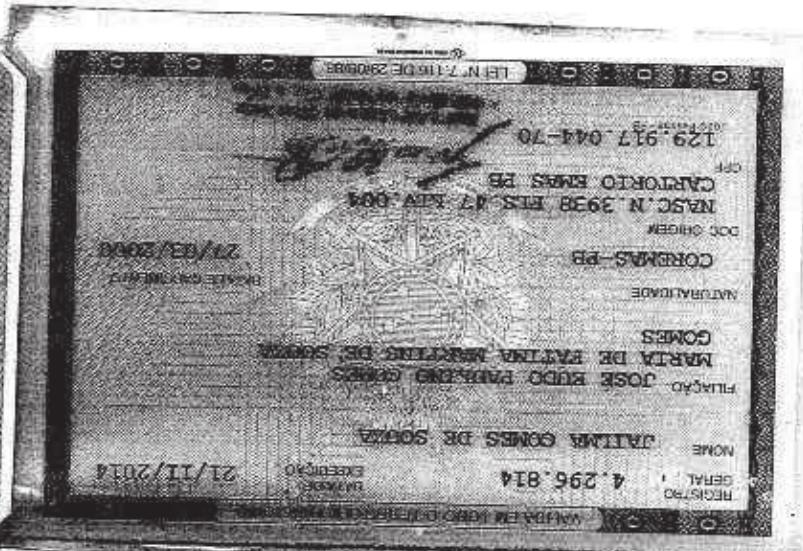
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Assinado pelo
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:36:22 do dia 21/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





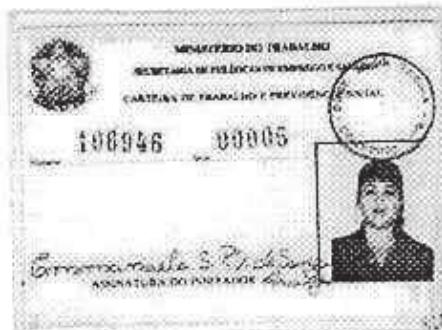
**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB	Nº 013813500160
65678956250*	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA:	DATA: 2017170000715A E2
1	0047594426-4 00/00000000
NOME/ENDERECO:	
ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS	
RUA PROJETADA BN CASA	
CENTRO	
58763000 ENAG-PB	
CNPJ/CPF:	
70141786427 PLACA:	
PFB1967/PB	
NOME ANTERIOR:	
CASSANDRA DOS SANTOS BARBOSA	
PLACA ANTiga:	
NOVO	CHASSI:
	SC2KC1670CR566310
ESPECIE TIPO:	
FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	
COMBUSTIVEL:	
ALCO/GASOL	
MARA/Modelo:	
HONDA/CB 150 FAH ESI	AÑO FAB: 2012 AÑO VGO: 2012
CAP/HOT/CIL:	
Z F/149 /CI	CATEGORIA:
PARTIC	
COR PRINCIPAL:	
PRETA	
OBSERVAÇÕES:	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
N. Motor : KC1657C566310	
EMAS - FB LOCAL:	
14. 2017	
13267	

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 ULRNAR 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:

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 ULRNAR 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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Japinha Gomis de Souza
Nacionalidade: BRAZILIANA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Agricultora
Identidade: 4796814 CPF: 109.917.044-70
Endereço: Sítio Boi Mano - Correia - 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

Jamina Gomes de Souza

Local e data

**Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)**



RECORRIDO: 0000-00000000-0000-0000-0000-000000000000

Reconheço, como autentica e verdadeira, as(s) Firma(s) de:
JAILMA GOHES DE SOUZA

Em testada verdade. Patos-PB 13/04/2018 10:11:06
MANUELA SOUTA DE ANDRADE XAVIER - Escriturária
12018-00368373ENOL;R\$ 19,40 FARPEN;R\$ 0,28 FEPJ;R\$ 1,90 ISS;R\$ 0,47
CLO-REGISTRO - ACORDO DE TROCA

SELLO DIGITAL: AG755697-7RSM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

