

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180246567

Vitima: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YURE PEREIRA GOMES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246567**.

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 12899354



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13049306

A/C: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180246567  
Vítima: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 07/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: YURE PEREIRA GOMES

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: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000016253-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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](http://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 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 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").

Numero do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.980.004-36	Nome completo da vítima Solonara Rodrigues de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Solonara Rodrigues de Oliveira		CPF titular da conta 086.980.004-36	Profissão Agricultora
Endereço Sítio Piraí		Número S/N	Complemento Cova
Bairro Água Fria	Cidade Maltão	Estado PE	CEP 58713-000
E-mail			Telefone (DDD) (33) 9 9280-2050

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 type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRadesco (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4982 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00016233 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V. (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.

Patos - PB, 24 de Maio de 2018  
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018

Solonara Rodrigues de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



28 MAIO 2018



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO METROPOLITANO (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BAT 016/2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: SANDOVAL NUNES MARQUES	Posto/Graduação: 3º SGT PM				
HORÁRIOS: Acionamento 15hs25min	Chegada No Local 15hs33min	Horário Do Sinistro 15hs20min	Bairro CENTRO	Município PATOS	UF PB	
Local do Acidente (Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia) AVENIDA SOLON DE LUCENA						
Data Da Ocorrência 07/02/2018	Dia Da Semana QUARTA-FEIRA	C/S Vítima - QT COM/01	Natureza Do Acidente CHOQUE	Tipo De Pavimento ASFÁLTICO	Condições Da Via SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 (UM)		Controle De Tráfego No Local SINALIZAÇÃO HORIZONTAL (LMS-2, FTP)				

**CONDUTORA 01 (C1)**

Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA						
Sexo F	Nascimento 10/03/1983	RG 3351820	Registro CNH Nº ----	UF ----	CPF 086.980.004-36	
Endereço SÍTIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB						
1ª Habilitação ----	Categoria ----	UF ----	Ex. Med./Dia ----	Data Vencimento ----	Usava Cinto ----	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO				Destino da Condutora SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PATOS		

**VEÍCULO 01 (V1)**

Marca YAMAHA / FACTOR YBR125 K	Espécie PASSAGEIRO / MOTOCICLETA	Placa MON-1485	Categoria PARTICULAR	Município S. J. DE ESPINHARAS	U.F. PB
Nome do Proprietário SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013221833415	Renavan 00988975378	Data de Emissão 12/07/2017		
Defeitos ----					

**VERSÃO DA CONDUTORA 01 (C1)**

QUE TRAFEGAVA NA VIA "A" (AVENIDA SOLON DE LUCENA) NO SENTIDO SUL / NORTE, NA FAIXA DA DIREITA; QUE AO CHEGAR EM FRENTE AO BANCO SANTANDER SE ASSUSTOU COM UM VEÍCULO QUE PAROU NA FRENTE DO VEÍCULO 01 (V1); QUE POR CONTA DESSE SUSTO SE CHOCOU COM UM VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO;

**TESTEMUNHA**

Nome LUZIA RAFAELA BRANDÃO LUCENA		Sexo F	Nascimento 13/12/1969
Endereço RUA ROMÊNIA, 148, JARDIM MAGNÓLIA, PATOS-PB			
CPF 094.873.844-80	Identidade Nº 3505281	Órgão Emissor SSP	U.F. PB

**VERSÃO DA TESTEMUNHA**

QUE ESTAVA ESPERANDO PASSAR PELA FAIXA DE PEDESTRES QUE FICA EM FRENTE AO BANCO SANTANDER; QUE OS VEÍCULOS QUE TRAFEGAVAM NA VIA "A" PARARAM PARA A TESTEMUNHA PASSAR NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE PERCEBEU QUANDO O VEÍCULO 01, QUE ESTAVA POR TRÁS DESSES VEÍCULOS, PERDEU O CONTROLE E SE CHOCOU NUM VEÍCULO ESTACIONADO;

BPTRAN / 4º CP TRAN  
Cópia Conforme Original


Data: 23/02/18

Carvalho

52.977.67

28 MAIO 2018

VITIMA 01		
Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Sexo F	Nascimento 10/03/1983
Endereço SÍTIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB		
	Viajava no Veículo N° 01	Usava Cinto/Capacete SIM
Condição da Vítima: ( X ) Condutora ( ) Passageira ( ) Pedestre		Conduzida Para HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

CONSTATADO
<p>CONDUTOR 01 (C1) AUTUADO NO ARTIGO 162 I;</p> <p>CONDUTOR 01 (C1) NÃO APRESENTAVA SINAIS DE ALTERAÇÃO PSICOMOTORA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 432/2013 (APARELHO ALCOSENSOR IV INDISPONÍVEL);</p> <p>CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO QUIS SE PRONUNCIAR, ACETANDO OS DANOS CAUSADOS NO SEU VEÍCULO;</p> <p>A VIA "A" (AVENIDA SOLON DE LUCENA) É DE PAVIMENTO ASFÁLTICO NO LOCAL DO ACIDENTE, BEM CONSERVADA, DE NÍVEL ALINHADO PARA O VEÍCULO 01 (V1), COM ACOSTAMENTO, DE GRANDE FLUXO DE VEÍCULOS, COM SINALIZAÇÃO HORIZONTAL DO TIPO LINHA SECCIONADA CONTÍNUA E COM FAIXA DE PEDESTRES E SENDO DE GRANDE LARGURA;</p> <p>NÃO FORAM CONSTATADOS VESTÍGIOS QUE PUDESSEM COMPROMETER A SEGURANÇA VIÁRIA NO LOCAL DO ACIDENTE;</p> <p>NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A JUNTADA DE IMAGENS POR CONTA DE PROBLEMAS TÉCNICOS;</p> <p>RELATÓRIO DE AVARIAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS EM ANEXO CONFORME RESOLUÇÃO 544/2015;</p> <p>PATOS-PB, 07/02/2018</p> <div style="text-align: center;">   <b>3º SGT QPC Mat. 517.788-0 – SANDOVAL NUNES MARQUES</b>            Responsável p/ Levantamento – Assinatura / Carimbo         </div>

<b>BPTRAN / 4ª CP TRAN</b> Cópia Conforme Original Data: <u>23/02/18</u> <u>Cinco</u> <u>625-026-9</u> PM
---

28 MAIO 2018

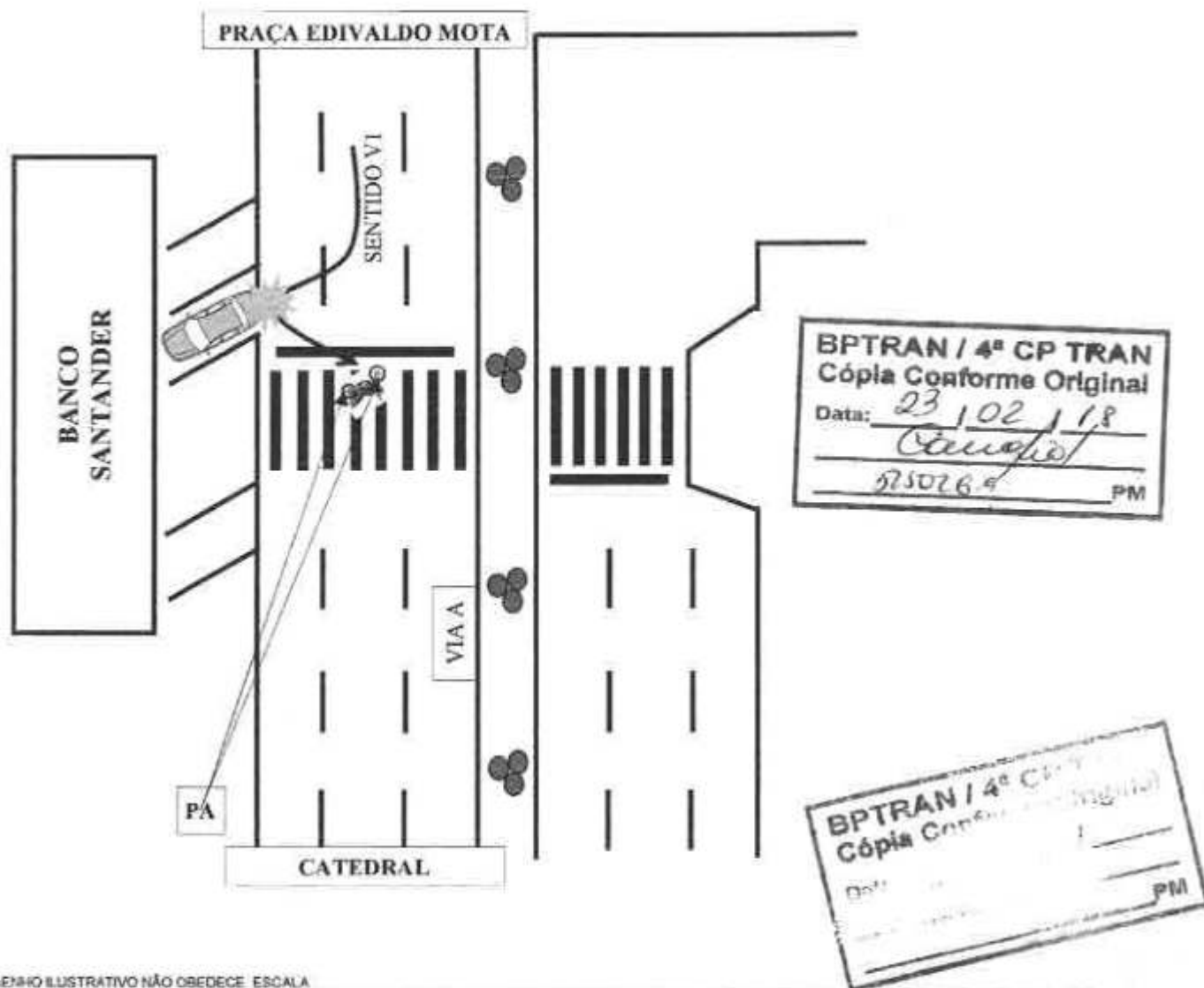
## AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Solon de Lucena: 09,70m

PR (Ponto de Referência): Banco Santander

PA (Ponto de Amarração): Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Roda Dianteira: 15,30 e Roda Traseira: 14,50 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS ESTÃO RELACIONADAS NO  
RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO

V1

3º SGT QPC-Mat. 517.788-0 - SANDOVAL NUNES MARQUES  
Responsável p/ Levantamento - Assinatura / Carimbo

28 MAIO 2018





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 016/2018

DANOS NO VEÍCULO 01 (V1)

Marca/Modelo YAMAHA / FACTOR YBR125 K	Placa MON-1485/PB	Responsável pelo Preenchimento 3º SGT SANDOVAL NUNES MARQUES	Data 07/02/2018
--	----------------------	---	--------------------

MOTOCICLETAS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da peça	Avaliação			Item	Nome da peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)				00

Observações: Veículo classificado com dano de PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas de 0

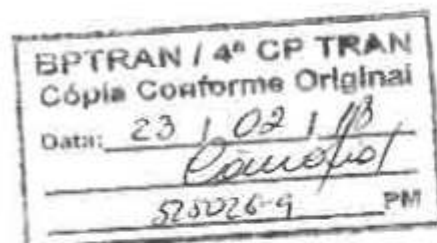
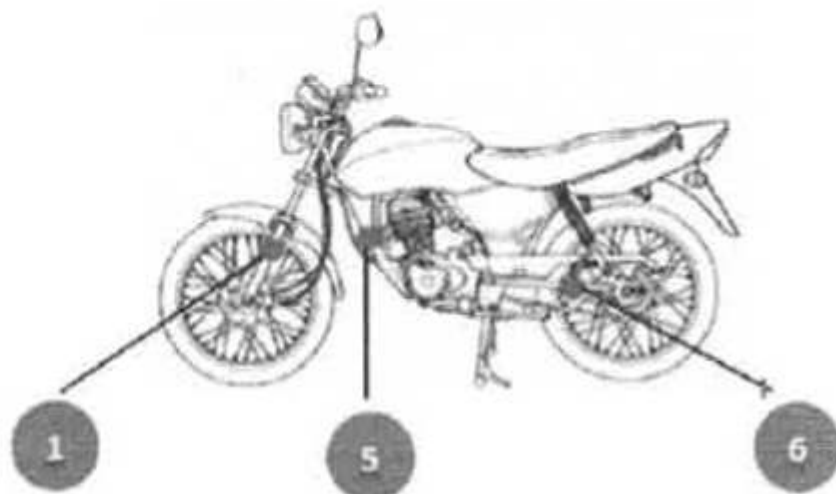
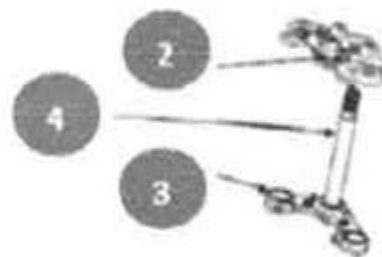
DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

DANO DE GRANDE MONTA



  
Assinatura do Responsável Pelo Levantamento

28 MAIO 2018



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

Saionara Rodrigues de Oliveira

CPF da Vítima

086. 980.004 - 36

Data do Acidente

07/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(83) 9 9880-2050

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.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018  
Local e Data

Saionara Rodrigues de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA 03

## IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>7-2-18</u>	Ocorrência n°:	Paciente / Usuário: <u>SAYOMARA RODRIGUES DA OLIVEIRA</u>	Idade: <u>34</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>SOLAR DO LUCAS</u>		Bairro: <u>Centrico</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Jure</u>	
Apelo 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/ISOTERRAMENTO	<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"/> P.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: HRP RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: médico

## MOTIVO DE TRANSPORTE:

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

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

## EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Pré-eclâmpsia de início de 1º trimestre

## DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
P.A.: 130/90 C. FR.: 100 TEMP.: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: 98 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 à 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:

Avaliação de SSW  
Aup + Imobilização completa

## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colapso como parto, consciente e orientada, normotensa, normotérmica, apresentando elevação na urta, pré-eclâmpsia de 1º trimestre, queixando-se de dor no ombro D.  
Sob sup. médica: Forte sup com SE aberto, transportada para o HRP.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000016253-4

---

Nr. da Autenticação C378C0152137AFD8

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Consultado nos seguintes sites de conta:

Endereço para envio de pagamento: Rua João Teófilo da Silva, 180 - Jd. Santa Helena - N° 000.808.992



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br. 330, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-280  
CNPJ 09.985.181/0001-40 - Ins. Est. 16.018.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
RIT PARAIBA  
MALTA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1363017-3

## REFERÊNCIA

ABR/2018

## APRESENTAÇÃO

27/04/2018

## CONSUMO

87

## VENCIMENTO

07/05/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 46,08

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



EXTRATO

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA


Roteiro: 17-126-739-1815

83620000000-5 46080054000-3 13630172018-3 04500126019-4

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
07/05/2018	R\$ 46,08	1363017-2018-04-5



28 MAIO 2018

 EMANUELLE



ETC RECIFE PE PL7

YURE PERREIRA GOMES  
RUA PASTOR EDUARDO MUDIM 226 CASA  
SANTO ANTONIO  
58701-160 PATOS PB



7210123173682920000000090530090318

Postagem: 08/03/2018  
Q:G-000908

28 MAIO 2018

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Yure Pereira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Saionara Rodrigues de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.980.064 / 36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Saionara Rodrigues de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.980.064 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Pastor Eduardo Mundy</u>		Número <u>226</u>	Complemento <u>Bixa</u>
Bairro <u>S. Antônio</u>	Cidade <u>Patos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.101.160</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 93882-2050</u>

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018

Patos - PB 29 de Maio de 2018  
Local e Data

Yure Pereira Gomes  
Assinatura do Declarante





# HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 28531

Prontuario: 104876

Data/Hora 7/2/2018 17:14:22

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Classif. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192

Origem: VIA PUBLICA

Regulado: N

Servidor do Dr.:

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Idade: 34 Gênero: MULHER CIS

Filiação:

Filiação I: CREMILDES RODRIGUES DOS SANTOS

Filiação II: ANTONIO VICENTE DE OLIVEIRA

Endereço:

Cidade: SAO JOSE DE ESPINHARAS - PB - 56723-000 - 2514404

Endereço: SÍTIO PAIVA

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: PATOS - PB

Telefone: (83)98165-6215

Documentos:

CNS: 703-0098-6011-2672

Identidade:

PF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 10/3/1983

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: DO LAR

Responsável:

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

*Prisão de Nob. N.º - 90.  
Dor em costela*

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

*Dor  
extrema + 144  
limitação movimento*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RX*

28 MAIO 2018

Diagnóstico:

*fr. DIAP. fêmur (E)*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saliu Curado (X) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, 22 / 02 / 18

Recepcionista: ALANE



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Sauano R. Oliver</u>	
DA CLÍNICA <u>União</u>	ENFERMARIA <u>          </u>
A CLÍNICA <u>Oncofda</u>	LEITO <u>          </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Transtorno na marcha</u> <u>07/02/18</u> <u>[Assinatura]</u> DATA ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER: <u>Venda de foto - SIC.</u> <u>Doer em coxa (D)</u> <u>edema + 14+</u> <u>pulso e perfusão P.</u> <u>No. Ex DIF fêmur (D)</u> <u>CD: infusão</u> <u>TRAM.</u> <u>7.2.18</u> DATA <u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10937 TEOD 15149



REQUISIÇÃO DE PARECER

2º 04 EXTRA

NOME:

Sayonara Rodrigues

DA CLÍNICA

Ortopedia

ENFERMARIA

A CLÍNICA

Cardiologia

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Risco cirúrgico

07/02/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem fixos Cardiológicos.  
Nexo Coronário do C  
PA = 120 x 80 mmHg  
ECG → Normal  
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

28 MAIO 2018

07/02/18

DATA

Klauber M. de França  
Cardiologista  
CRM 12.340

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Dionário Rodrigues</u>		Nº prontuário: <u>104876</u>
Data da Cirurgia: <u>19-2-18</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Dionário</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Diogo</u>	
Anestesista: <u>Dr. Vitorilma</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fr. diaf. fêmur @</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>osteotomia fêmur @</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>II</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato: <u>NÃO</u>		
Acidente Durante a Cirurgia:		


## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
Exatidão com @ RAO
anestesia e antineptose
colocação campo estéril
incisão lateral no coto @; abscisão por plano, grande lesão ampla de musculatura
Aceno submóvil, Redução @ fixada com placa e parafusos
Hemostasia, limpeza, sutura por plano, Dreno Por breche
curativo asséptico
Atos cuidados ortofonico

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10937

28 MAIO 2018

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL


PACIENTE <b>Saionara Rodrigues de Oliveira</b>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
PL <b>ot 1º</b>	LEITO <b>03</b>	CONVÊNIO <b>003</b>	IDADE <b>34</b>	REGISTRO <b>304876</b>	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIHY CARNEIRO	
CIRURGIÃO <b>Dr. Jandir Lima D</b>			CIRURGIÃO <b>Dr. Jandir Lima</b>			
ANESTESIA <b>raquid</b>			ANESTESISTA <b>Dr. Zandilma</b>			
INSTRUMENTADORA		DATA <b>19.02.18</b>	INÍCIO <b>10:00h</b>	TEM <b>12:55</b>		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue.
	TX. Capnógrafo	L	Serie 5000 fisiologia
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley 14
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	T	Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico	I	Seringa 10 ml
✓	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	A	Eletrodos desc.
I	Neocain <i>usada</i>		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	L	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembulal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
I	Dorminid		Éter Sulfúrico
I	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparradrapo
	Etodimidate	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
I	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
L	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmne		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
I	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cefalotina 1g <i>Ceftmaxora</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pisell		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
I	Ropar 5000-Vi <i>Nexo</i>		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
I	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22	L	Polycot 0 c/ agulha 3-0
	Polycot 0 s/ agulha	L	Polycot 2-0 c/ agulha <i>Pylium 2-0</i>
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Sciamara Rodrigues de Oliveira</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIHY CARNEIRO
UF	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<i>SUS</i>	<i>34</i>	<i>104876</i>	
CIRURGIÃO		CIRURGIÃO			
<i>Transt. transurethral</i>		<i>Dr. Diego</i>			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
<i>local</i>		<i>Dr. Cirurgia</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	HORA	PM	
		<i>17:50</i>	<i>17:50</i>		

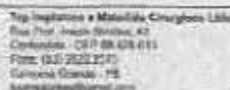
## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-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>2</i>	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
<i>2</i>	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
<i>1</i>	Xilocaina a 2%	<i>2</i>	Esparradrapo
	Etodimidata		Xilocaina Gel
	Ketalar	<i>2</i>	Alcool 70%
	Publcovalina 0,5%	<i>2</i>	PVPI Tintura
	Dimorf	<i>2</i>	Gasee
	Lanexat 0,5ml	<i>2</i>	Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
<i>1</i>	Água destilada 10ml		Psaltina de Formol
	Prostigmina		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
	Piasil		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
	Amicocina 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		Prolens 2-0 c/ agulha
	Prolens 0 c/ agulha	<i>1</i>	<i>Sio de Kitley 400B</i>

28 MAR 2018



[illegible]



## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Votius Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: circulação de veículos Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Saúl Osorio Rodríguez C. 11/11/1988.

Data da Cirurgia: 18/02/18 Prontuário Nº: 904.876 Convênio: 5415

Cirurgião: Genilson Coódigo: 51011 ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

### DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

### ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

		Nº						Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO		Qtd.							
CORTICAL. 3.5mm		Cód.							
PARAFUSO		Nº	32	36	40				
		Qtd.	03	03	02				
CORTICAL. 4.5mm		Cód.							
PARAFUSO		Nº							
		Qtd.							
ESPONJOSO. 4.0mm		Cód.							
PARAFUSO		Nº							
ESPONJOSO. 6.5mm		Qtd.							
ESP. R/16 CURTA		Cód.							
PARAFUSO		Nº							
ESPONJOSO. 6.5mm		Qtd.							
ESP. R/32 LONGA		Cód.							
PARAFUSO		Nº							
		Qtd.							
MALEOLAR 4.5mm		Cód.							

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Figure 1 consists of two panels, (a) and (b), each showing a line graph of the number of correct responses (Y-axis, 0 to 10) versus the number of trials (X-axis, 1 to 10). Panel (a) shows a linear increase in correct responses from 0 to 10 as the number of trials increases from 1 to 10. Panel (b) shows a non-linear increase in correct responses, starting at 0 for trial 1, rising to 5 for trial 2, and then leveling off at 10 for trials 3 through 10.

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

28 MAIO 2018

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento 10/03/1983 Idade: 34 Sexo: F

Médico: DIEGO S. SANTIAGO

Cod. Pac. 7927 Protocolo: 43080

Laboratório: INTERNO

07/02/2018 18:53:19

Enfermaria: VERDE

Leito 01

## HEMATOLOGIA

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método: AUTOMATIZADO

## SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4,4 - 5,1 milhões/mm <sup>3</sup>	Feminino > 13 anos 4,2 - 5,4 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemácias:	3.850.000 /mm <sup>3</sup>		
Hemoglobina:	11,5 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	35,1 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	92,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	30,0 pg	25 - 36 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	13,7 %	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 <sup>3</sup>
Leucócitos Totais	17.700	
Neutrófilos	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1
Plaquetes	2	0 a 5
Segmentados	74	40 a 70
Eosinófilos	1	0 a 5
Basófilos	0	0 a 1
Linfócitos		
Típicos	19	20 a 35
Atípicos	0	
Monócitos	4	2 a 10

Observação Série Branca:

## CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado 290.000

Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO

Exatidão  
Pontualidade  
Qualidade

28 MAIO 2018



**CARLOS CHAGAS**  
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinalise
- Parasitologia

*Ortopedia*

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
Médico Requisitante: DR. MARCELO ALVES  
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 34 ANOS  
Data: 09/02/2018  
Comanda: ---

### COAGULOGRAMA

Material: Sangue e Plasma

#### TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 14 seg.

T.P. Controle.....: 14 seg.

Atividade.....: 90 %

Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 15,0 seg; A. Enzimática: 70 a 100% Método: QUICK

#### INR:

Resultado.....: 1,18

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,8 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

#### TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:

Resultado:

T.T.P.A Paciente.....: 33 seg.

T.T.P.A Controle.....: 30 seg.

Valores de Referência:

T.T.P.A Paciente.....: 26 a 36 seg.

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

28 MAIO 2018

Dr. Welton Oliveira Santos Ferreira  
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia  
SBM: 2205 - CRF-PB: 1854

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Paciente:	SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nascimento:	10/03/1983	Idade:	34	Sexo:	F
Médico:	DIEGO S. SANTIAGO	Cod. Pac.:	7927	Protocolo:	43080		
Laboratório:	INTERNO				07/02/2018		18:53:19
Enfermaria:	VERDE	Leito:	01				

BIOQUIMICA I

GLICOSE		109,0 mg/dL
Material:	PLASMA	Referencia: -
Metodo:	ENZIMATICO AUTOMATIZADO	

28 MAIO 2018

*[Handwritten Signature]*  
COORDENADOR DE LABORATORIO  
CRISTIANE SOUZA



II

Handwritten notes on the left side of the page, consisting of a series of vertical lines and some illegible text.

III

Handwritten notes on the left side of the page, consisting of a series of vertical lines and some illegible text.

IV

Handwritten notes on the left side of the page, consisting of a series of vertical lines and some illegible text.

V

Handwritten notes on the left side of the page, consisting of a series of vertical lines and some illegible text.





GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEB. JANDUHY CARNEIRO"



2.º ANDAR - 2.º SETOR

MARCELO JACINTO RODRIGUES DE OLIVEIRA que se  
certificou de morte  
no dia 27.02.18  
junto a FARMACIA  
FARMACIA DISTRIBUIDORA  
NORTE A PRIMA  
quarta e se  
certificou de  
morte de  
FARMACIA.

27.02.18  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (63) 3423-2741 - Patos - PB.

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018



28 MAIO 2018



28 MAIO 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACAO		
NOME: <b>JOSE FERRAZ GOMES</b>		
	DOCUMENTO / COLEÇÃO: <b>3360234</b> <b>SEP</b> <b>DE</b>	
	CPF: <b>088.117.024-66</b> DATA NASCIMENTO: <b>01/11/1987</b>	
	NASC: <b>ARLINDO JOSE GOMES</b>	
	ENDEREÇO: <b>AVIA DO SOCORRO</b> <b>PURILIZA GOMES</b>	
SEXO: <b>M</b> ALT: <b>1,70</b> PESO: <b>65</b>		DESCRIÇÃO: <b>AB</b>
NÚMERO: <b>0482178295</b>		VALIDADE: <b>30/10/2019</b> <b>26/11/2009</b>

2 8 MAIO 2018

2 8 MAIO 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB

Nº 013221853415

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20170400016252-1

1 0098897537-8 00/00000000 2017

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

08698000436

MON1485/PB

NOVO PB 9C6KE12209001775

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/FACTOR TBR125 K

2008

2009

2ª P/124 /CI

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

1ª 2ª 3ª  
P V A  
\*\*\*\*\*  
0 PARCELAMENTO / COTAS

PREMIUM/PAIXÃO - SEGURO - PAGO 12/07/2017

**SEGURO OBRIGATORIO**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-P

17221



22/08/2017

35688

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

PB Nº 013221853415 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 22/08/2017

1ª 08698000436 CNPJ

MON1485/PB

00988975378 YAMAHA/FACTOR TBR125 K

2008

2009

9C6KE12209001775

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\* (R\$) \*\*\*\*\* (R\$) \*\*\*\*\* (R\$)

\*\*\*\*\* (R\$) SEGURO PAGO

CUSTO DO BILHETE (R\$) DATA DE EMISSÃO DO BILHETE (R\$)

S 12/07/2017

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.248.608/0001-04

35688-0832490-20170822



28 MAIO 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180246567 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: Saramma Rodrigues de Oliveira  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
 Profissão: Agricultora  
 Identidade: 3.331.220 CPF: 036.920.004-36  
 Endereço: Sítio Buva, S/N Zona Rural - Melita - PB

**OUTORGADO:**

Nome: Yuse Pereira Gomes  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
 Profissão: Advogado  
 Identidade: 3.260.218 SSP/PB CPF: 086.417.024-66  
 Endereço: R. Pastor Eduardo Munda 226, S. Antônio - Pastor-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, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Sesimaria Rodrigues de Oliveira

Putas PB 24 de mayo de 2018

Local e data



*Isomara Radigue de Oliveira*  
Assinatura do Out

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MARZO 2018

[illegible]

ALTO LAVOR - SERVICE  
30 DE OFICIO  
DE NOTAS  
FONE: (02) 3421-3422  
FAX: (02) 3421-3423