

---

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**

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13049306

A/C: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180246567  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

**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 crédito 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

086.980.004-36

Nome completo da vítima

Sônia Rodrigues de Oliveira

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

Nome completo	Sônia Rodrigues de Oliveira	CPF titular da conta	086.980.004-36	Profissão	Agricultora
Endereço	Sítio Paua	Número	S/N	Complemento	Casa
Bairro	Area Rural	Cidade	Malta	Estado	PE
Email				CEP	58 713 000
				Telefone (DDD)	(83) 9 980 2030

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> RECUZO INFORMAR	<input 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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  
Nº: 4982 D/V CONTA  
Nº: 00016233 D/V  
(Informar dígito se existir)

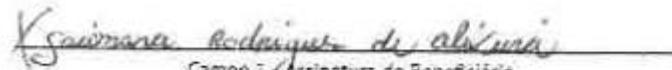
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Nome:	Nº:
AGÊNCIA Nº:	D/V
CONTA Nº:	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 Lider 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



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018



28 MAIO 2018



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

**CONDUTORA 01 (C1)**

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

**VEÍCULO 01 (V1)**

Marca <b>YAMAHA / FACTOR YBR125 K</b>	Espécie <b>PASSAGEIRO / MOTOCICLETA</b>	Placa <b>MON-1485</b>	Categoria <b>PARTICULAR</b>	Município <b>S. J. DE ESPINHARAS</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete Nº <b>013221833415</b>	Renavan <b>00988975378</b>	Data de Emissão <b>12/07/2017</b>		
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 <b>LUZIA RAFAELA BRANDÃO LUCENA</b>	Sexo <b>F</b>	Nascimento <b>13/12/1969</b>
Endereço <b>RUA ROMÉNIA, 148, JARDIM MAGNÓLIA, PATOS-PB</b>		
CPF <b>094.873.844-80</b>	Identidade Nº <b>3505281</b>	Órgão Emissor <b>SSP</b>
U.F. <b>PB</b>		

**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.  
52.007-69

## VÍTIMA 01

Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Sexo F	Nascimento 10/03/1983
Endereço SITIO 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

CONDUTOR 01 (C1) AUTUADO NO ARTIGO 162 I;

CONDUTOR 01 (C1) NÃO APRESENTAVA SINAIS DE ALTERAÇÃO PSICOMOTORA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 432/2013 (APARELHO ALCOSENSOR IV INDISPONÍVEL);

CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO QUIS SE PRONUNCIAR, ACEITANDO OS DANOS CAUSADOS NO SEU VEÍCULO;

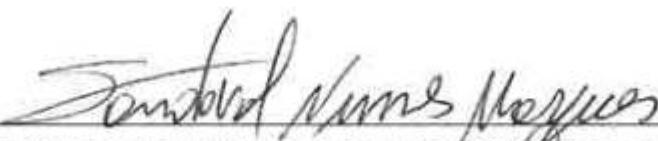
A VIA "A" (AVENIDA SOLON DE LUCENA) É DE PAVIMENTO ASFÁLTICO NO LOCAL DO ACIDENTE, BEM CONSERVADA, DE NÍVEL ALINHADO PARA O VEÍCULO 01 (V1), COM ACOSTAMENTO, DE GRANDE FLUXO DE VEÍCULOS, COM SINALIZAÇÃO HORIZONTAL DO TIPO LINHA SECCIONADA CONTÍNUA E COM FAIXA DE PEDESTRES SENDO DE GRANDE LARGURA;

NÃO FORAM CONSTATADOS VESTÍGIOS QUE PUDESSEM COMPROMETER A SEGURANÇA VIÁRIA NO LOCAL DO ACIDENTE;

NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A JUNTADA DE IMAGENS POR CONTA DE PROBLEMAS TÉCNICOS;

RELATÓRIO DE AVARIAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS EM ANEXO CONFORME RESOLUÇÃO 544/2015;

PATOS-PB, 07/02/2018



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

BPTRAN / 4º CP TRAN
Cópia Conforme Original
Data: <u>23/02/18</u>
<u>Scanned</u>
<u>025-026-9</u> PM

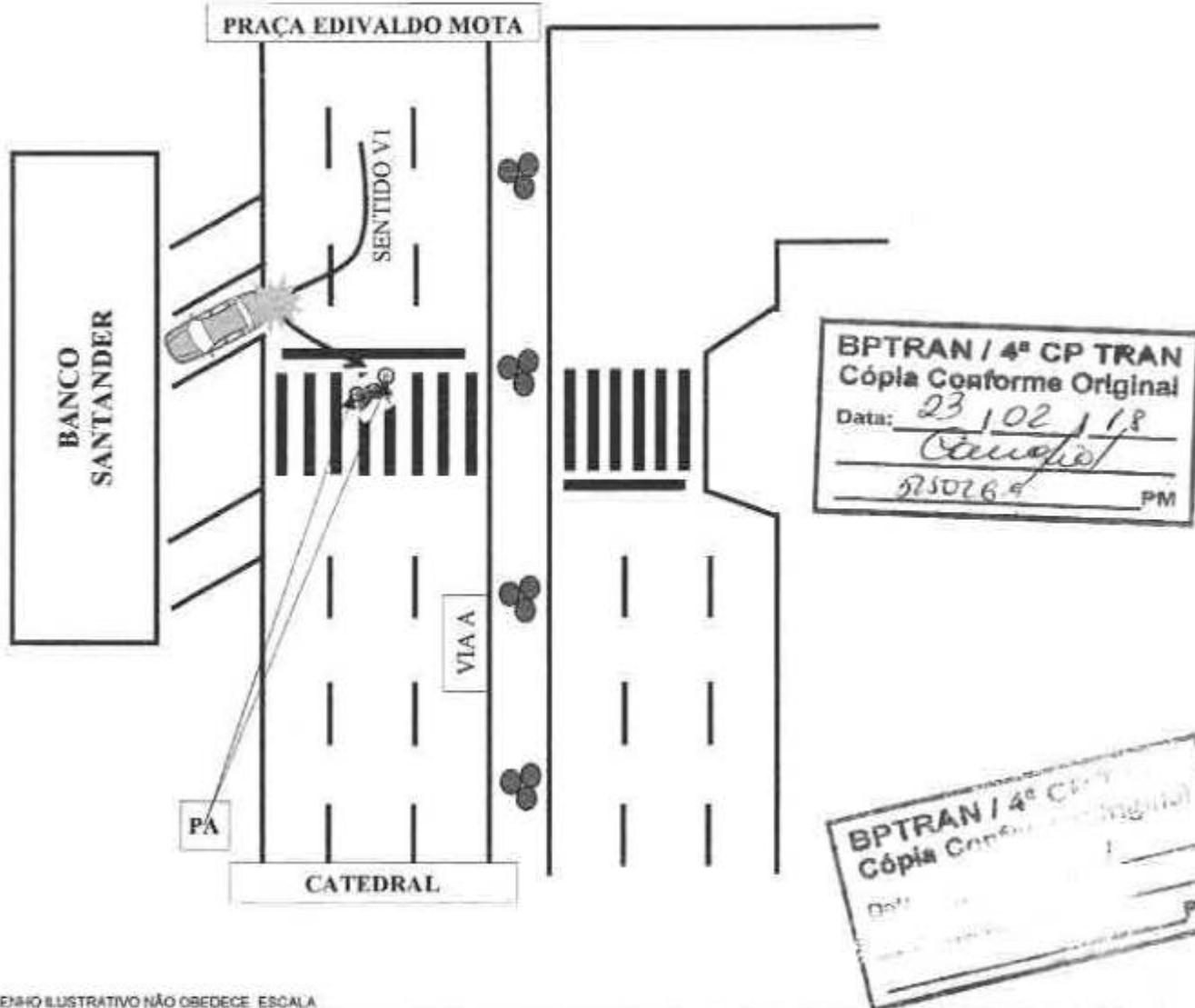
28 MAIO 2018

## 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 OBEDIÊCE ESCALA

AVARIAS ESTÃO RELACIONADAS NO  
RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO

V1

3<sup>a</sup> SGT QPC Mat. 517.788-0 - SANDOVAL NUNES MARQUES  
Responsável p/ Levantamento - Assinatura / Carimbo



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

MOTOCICLETAS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

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

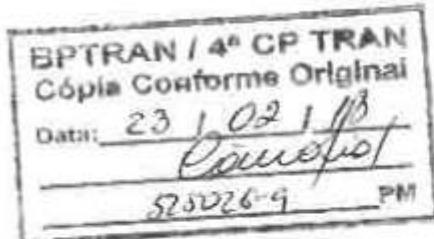
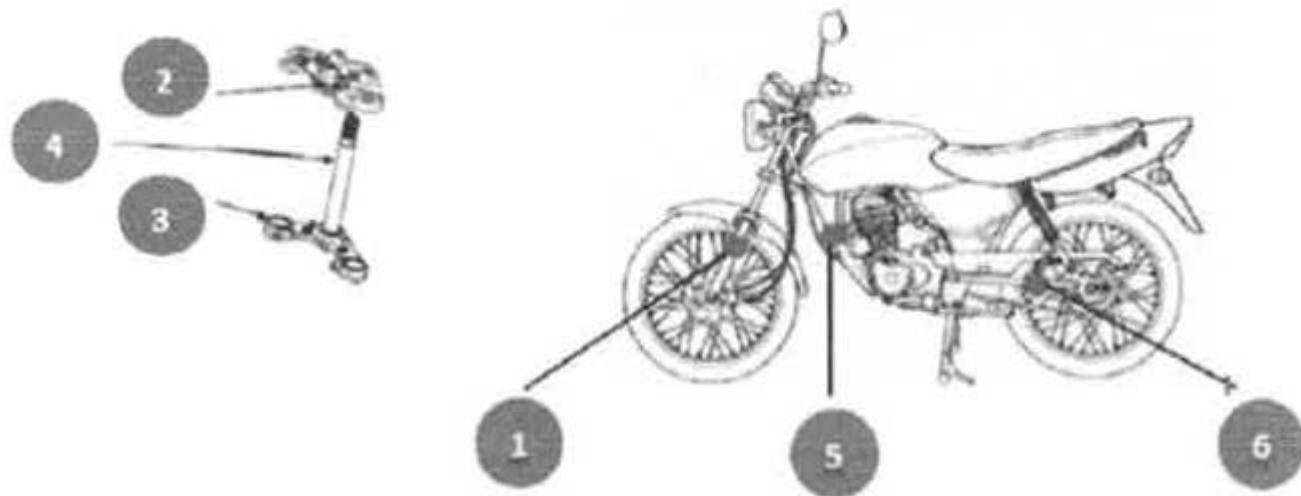
Observações: Veículo classificado com dano de PEQUENA MONTA

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

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

*Sciennara Rodrigues de Oliveira*

CPF da Vítima

*086.980.001-36*

Data do Acidente

*07/02/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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.

*Ribeirão Preto, 24 de Maio de 2018*

Local e Data

*Sciennara Rodrigues de Oliveira*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*DOCUMENTO ORIGINAL*  
*28 MAIO 2018*



# 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>7-2-16</u>	Ocorrência n° <u>SAYOMAR PODRIBUSI</u>	Paciente / Usuário <u>SAYOMAR PODRIBUSI</u>	Idade <u>36</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>SOLAR DO LECO</u>		Bairro <u>Centro</u>	Médico Regulador <u>Dr. Júnio</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 AGRADO:

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

### ANTECEDENTES:

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

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: DR. JUNIO 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):

Provável frotina de cílio de fum

### DADOS VITAIS:

VVAA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg

Hg  90 mm Hg

P.A: 130/80 PC: FR: 100 TEMP.: 36,5 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98 SpO2c/O2: 98

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação verbal Prejudicada  Confusão Aguda  Deambulação Prejudicada  
 Débito Cardíaco Diminuído  Desobstrução Ineficaz das VVAA  Disreflexia Autônoma  Dor Aguda  Hipertermia  Hipotermia  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância a Atividade  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz  Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusion Tissular Gastrintestinal 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  Intereração Social Prejudicada  Incontinência Intestinal  
 Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros: \_\_\_\_\_

### INTERVENÇÕES:

Ajuda de ssw

Ajuda + Imobilização completa

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de cílio de fumo, consciente e mentida, menomatosa, apresentava edema na face, pernas, frotina de fum, queixando-se de dor no esterno. Sob sig. médica: Foi dada aux. para se abrir, transporte 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 com valor fiscal

Documento não é comprovante de compra.

Utilize para informar pagamento da fatura. Faz parte da comprovação de compra e venda. N° 070.808.992



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 330, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.088.181/0001-40 - Insc. Est. 16.018.822-0

## DADOS DO CLIENTE

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
SIT PAVIA 01N  
MALTA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1363017-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2018

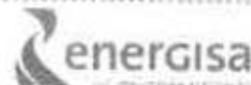
27/04/2018

87

07/05/2018

R\$ 46,08

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



SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

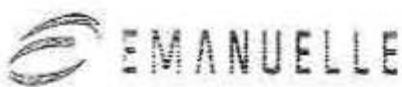
Roteiro: 17-126-739-1515

83620000000-6 46080054000-3 13630172018-3 04500126019-4



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

28 MAIO 2018



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



721912347268222098999999530069318

Postagem: 09/03/2018  
016-0000000

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<sup>1</sup> 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 Yuri Pereira Gomes, inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaioneira Rodrigues de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 086.980.004 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jaioneira Rodrigues de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 086.980.004 / 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 Lider-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	R. Pastor Eduardo Mundy	Número	226	Complemento	Casa
Barro	3º Andar	Cidade	Patos	Estado	CEP
E-mail		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	58 101.160
					(03) 9 9880-2050

Patos - PB 29 de Maio de 2008  
 Local e Data

Yuri Pereira Gomes  
 Assinatura do Declarante



# HOSPITAL REGIONAL DEP 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

*3800*  
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 - 58723-000 - 2514404

N.:

Endereço: SITIO PAIVA

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: PATOS - PB

Fone: (83)98165-6215

Documentos:

CNS: 703-0098-6011-2672

Identidade:

PF:

Reg. Nas.:

Informações adicionais:

Nascimento: 10/3/1983

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: DO LAR

Responsável:

*Saionara da Oliveira*

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

*1 mês de Mot rijo - sc.  
Dor em costela.*

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

*70°  
externo +144°  
limpido movmt*

*28 MAIO 2018*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Rx*

Diagnóstico: *frx DIAP fémur E*

Motivo da Alta:

Resultado:  Saiu Curado  Melhorado  Falecido  Transferido Em: 29 / 02 / 18

Recepção: ALANE



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Sawvor R. Oliver

DA CLÍNICA

Cirúrgica

ENFERMARIA

A CLÍNICA

Ortopedia

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Travessia de joelhos

07/02/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

• Dúvida de rotula - SIC.

Dor im. coxa (D)

Edema +/++

pubo e períneo (P)

As. fr. din. fêmur (F)

CD: infarto  
trans.

7/2/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10337 TECR 15149



REQUISIÇÃO DE PARECER

80 04 EXTRA

NOME:

Sayonara Rodrigues

DA CLÍNICA

Ortopedia

ENFERMARIA

A CLÍNICA

Cardiologia

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO  
(EX: MELHORAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco cirúrgico

07/02/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente seu nome Cardiologista  
Nego Carvalho  
 $P_A = 120 \times 80 \text{ mmHg}$   
ECG - Normal  
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

28 MAIO 2018

07/02/18

DATA

Klauber Nogueira França  
Cardiologista  
CRM 2000

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:		Bonifácio Rodrigues	Nº prontuário	104876
Data da Cirurgia	Enf.	1º Auxiliar	Leito	
19/2/18		Dr. Diego		
Cirurgião	Dr. Vinícius	Tipo de Anestesia		
Anestesista	Dr. Vandoilma			
Diagnóstico Pré-Operatório	Fr. diaf. fêmur (d)			
Tipo de Cirurgia				
Ressecção fêmur (d)				
Diagnóstico Pós Operatório				
Relatório Imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Cirurgia				

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
Incisão lún (d) radial
anêmio e antinefro
colocada canula infusão
incisão lateral em coto (d) ; clínica) per platos, grande
exérce amplio da musculatura
acetabulo subtrô, Redondo (d) fraco com óssea e parafusos
himoartrose, limpeza, sutura por platos, Dr. Diego Porteiro
curativo esféril
As curadoras com ferro

Dr. Diego S. Santolago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10937 TEF/71-116

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

ACIDENTE Saionara Rodrigues de Oliveira						GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
AL ent 1 <sup>o</sup>	LITIO 03	CONVÉNIO JUS	IDADE 34	REGISTRO 104876		
CIRURGIA Tecmung, frat. Fábio D Anestesia naque	CIRURGIA Dr. Jairson Anestesista Dr. Zandilma					HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
INSTRUMENTADORA	DATA 19.02.18	HORARIO 10:00h	INICIO 11:55	FIN		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipos p/ soro e sangue.
	TX. Capnógrafo	L	Sespa (solo para cirurgia)
	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. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
✓	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	A	Eletrodos desc.
1	Neocain <i>anestesia</i>		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	L	Atadura de Crepom 20cm
	Thiopental		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminal		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Panrose
	Xilotesin a 5%		Dreno Sutúlio
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	2	Espadrapo
	Etdomidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%	3	PVPI Tintura
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguiche descartável
L	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalin		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cetamina 10g <i>Beptmaxona</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Espirin 5000 UI <i>Maxa</i>		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguiche de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22	L	Polycot 0 c/ agulha 3.0
	Polycot 0 s/ agulha	E	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
	Protene 0 c/ agulha		

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Nome: *Silvamara Rodrigues de Oliveira*

Nº: \_\_\_\_\_ MUNDO: SNS

IDADE: 34

REGISTRO: 104876

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDEANESTESIA: *Traç Tensio-estética*OPERAÇÃO: *Dr. Diego*ANESTESISTA: *local*ANESTESISTA: *Cirurgia*

ESTRUMENTADORA:

DATA: 17:50

MÍDIA: 17:50

FM

HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JANDIHY CARNEIRO

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas EsL p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrôdos desc.
	Neocalm		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fantanyl 0,05mg		Dreno Penrose
	Xiletesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Etodimida		Xilocalina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publicovaine 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Neril		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilhas descartável
	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 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
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilhas de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 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		Siso de Kithley n.º 3

# HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO

## SECRETARIA DE SAÚDE

POLIA DE ANESTESIA		Nome: <i>Joaninha Salazar</i> CRM: <i>734</i>		Idade: <i>10</i>	Nº Prontuário: <i>104876</i>
Data: <i>19/02/2000</i>	Pressão Arterial Pulso: <i>120/70</i>	Pulseira: <i>72</i>	Temperatura: <i>36</i>	Sexo: <i>F</i>	Altura: <i>110</i>
Tipo Sangüíneo: <i>Hemátes</i>	Hemoglobina: <i>10.5</i>	Hematocrito: <i>30</i>	Glicemia: <i>100</i>	Uréia: <i>10</i>	Outros:
Unas: <i>UVA</i>					
ap. Respiratório: <i>WON</i>		Aerosa: <i>IT</i> Enchente: <i>IN</i>			
ap. Circulatório: <i>NPN</i>		Cinescograma: <i>OK</i>			
ap. Digestivo: <i>NGH</i>		Gástrico: <i>Normal</i>	Pâncreo: <i>Normal</i>	ap. Urinário: <i>OK</i>	
Respir. Mental: <i>Normal</i>		Alveolares: <i>Normal</i>	Cerebrais: <i>Normal</i>	Alveolar: <i>Normal</i>	Hipotensões: <i>Normal</i>
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>Fractura de fêmur D</i>		Estado Físico: <i>Normal</i>			
Lesões Anteriores: <i>anterior</i>					
Medicação Pós-Anestésica:		Aplicação: <i>100</i>	Efeito:		
Apresenta: <i>Normal</i>	Aparece: <i>Normal</i>	100			
Liquido: <i>62</i>	62	100	100		
C.O. e CO <sub>2</sub> RESPIRAÇÃO		100	100		
P.V. ARTERIAL 1.250 - V.Z. - ANTES TÉRMICA OPERAÇÃO		100	100		
Símbolos e Anotações: <i>XO DMS 09/09/1997</i>		100	100		
Posição:		100	100		
Agentes:		100	100		
Técnicas:		<i>Pronto 6,4 e 14 cm de comprimento e 25 kg de peso</i>			
Operações:		<i>Red amarrado e desferido - fundo D sol</i>			
Carregões:		<i>el fémur e os ossos</i>			
Anestesista:		<i>do canelado</i>			
Observações:		<i>Variante de Cefalina CAVIAR</i>			
		<i>CEP: 0225141</i>			
		<i>CNS: 0225140300</i>			



Top Implement & Materials Distributor  
Bee Hive, Kansas  
Contact: (800) 884-0381  
FAX: (316) 222-2173  
Gainesville, Kansas 67060  
E-mail: [beehive@beehive.com](mailto:beehive@beehive.com)

## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Portes Código:  
Procedimento: Cirurgia de Févera G Cód. do Procedimento:  
Paciente: Saionne Rodrigues da Oliveira  
Data da Cirurgia: 18/02/18 Prontuário Nº: 104.876 Convênio: Gua  
Cirurgião: Geraldo Coódigo:  Reposição  Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

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

Paciente: SAIONARA RODRIGUÉS 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	Feminino > 13 anos
Hematócrito:	3.850.000 /mm <sup>3</sup>		4.4 - 6.1 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 - 5.4 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina:	11,5 g%		13,5 - 18,0 g%	11,5 - 15,0 g%
Retócritos:	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 - 38 %
R.D.W.:	13,7 %		11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

## SÉRIE BRANCA

			Maiores de 13 anos		
Leucócitos Totais	17.700		4.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>		
Neutrófilos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bandómetes	2	354	0 a 5	-	0 a 500
Sinócrinos	74	13098	40 a 70	-	1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	177	0 a 5	-	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos					
Tipicos	19	3363	20 a 35	-	800 a 3.500
Atípicos	0	0	-	-	-
Monócitos	4	708	2 a 10	-	80 a 1000

Observação Série Branca:

## CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 290.000

Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia:

Método: AUTOMATIZADO

28 MAIO 2018



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

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

### COAGULOGRAAMA

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: 0,0 - 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.

18 MAIO 2018

Dr. Waldir Oliveira e Souza Faria  
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia  
SBM: 2206 - CRF-PB: 1854

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  
Medico: DIEGO S. SANTIAGO Cod. Pac: 7927 Protocolo: 43080  
Laboratorio: 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

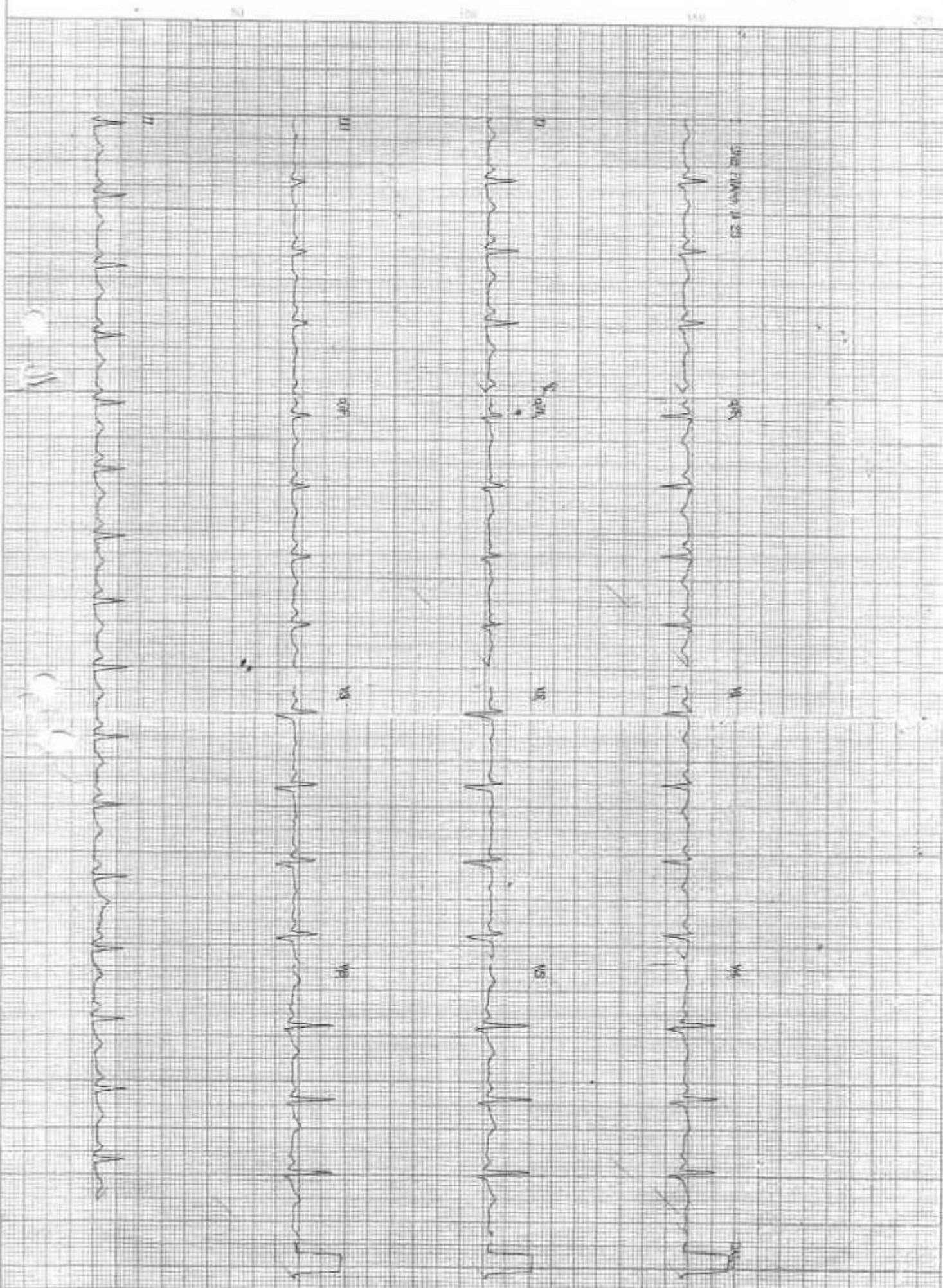
*Exel*  
EXCELENTE  
CARTA DE SAUDE

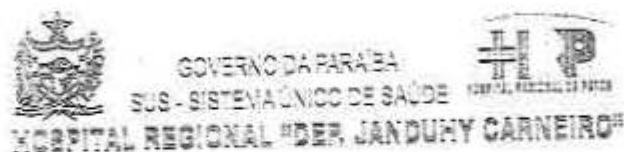
Rate: 37.5

Date 09/02/38

Time 22:30

2018





28 MAIO 2018

Mendoz JACOBINA acordou  
que DE OLIVEIRA que se  
ocultou da justiça  
no dia 07.02.18  
que é o dia de  
fim de semana  
neste e proxima  
quinta feira  
e entendo que  
é certo.

187 27.05.18  
- Stenio G. *[Signature]*

Rua Horácio Nóbrega, 3/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Petrópolis - PB.

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018







28 MAIO 2018

28 MAIO 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 06/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

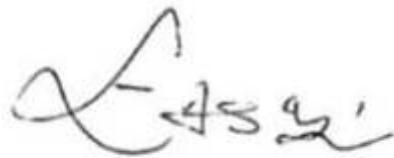
VISÃO MÉDICA LTDA

**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: Sonora Rodrigues de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultora  
Identidade: 3.331.220 CPF: 086.980.004-36  
Endereço: Rua Brisa, S/N Área Rural - Maitá - 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. Antônio Guedes Mandy, 226, 5º Andar - 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, 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

Sonora Rodrigues de Oliveira

Patos - PB 24 de Maio de 2018

Local e data



Sonora Rodrigues de Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

