



Número: **0800475-39.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **09/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38367083	13/01/2021 15:20	<a href="#">2774937_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180193694**

Vitima: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALDEMIR BALBINO SALES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180193694**.

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**

Pag. 01989/01990 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12740251



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180193694**

Vítima: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **VALDEMIR BALBINO SALES**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180193694**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00063/00064 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13015570





**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 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").

22 APR 2018  
GRUPO SEGURADOR  
BRASAPRE

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 700.636.984-39	Nome completo da vítima CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo CARLOS WAGNER DE MEDEIROS	CPF titular de conta 700.636.984/39	Profissão AGRICULTOR
Endereço Sítio JUA	Número S/N	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade MATINHAS	Estado P.B
Email	CEP 58128-000	Telefone (DDD)

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"/> 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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRÁDESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. [ ]	DIV. [ ]	CONTA NRO. [ ]	DIV. [ ]
[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.

MATINHAS - PB 12 de Abril de 2018  
Local e Data

Carlos Wagner de Medeiros  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPDF.001 V001/2017





Dia & Noite

BDN - BRDESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA CORRENTE

TERM.083401

CARLOS WAGNER DE MEDEIROS  
AGENCIA 2855 CONTA 0005118-G

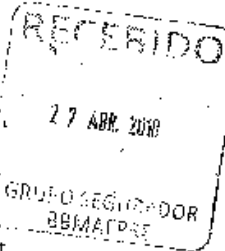
17:11 HRS  
06/FEV/2018

DISPONIVEL	
= TOTAL DISPONIVEL	219,99
+ CONTA CORRENTE	219,99
TOTAL DE RECURSOS	-219,99
SALDO DISP. P/INVEST.	-219,99

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE

DIA	HISTORICO	A. DEBITO	VALOR
05	SALDO ANTERIOR		0,00
----- FEVEREIRO/2018 -----			
06	TRANS SAL P/C/O 0602655		219,99
	BCO:237 AGR:02655 CTA:0005118-2		
	SALDO TOTAL		219,99

Demonstrativo para simples conferência.  
 Sujeito a alterações até o final do dia.  
 Fone Fácil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
 SAC ALo Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiência Auditiva/Fala 0800 722 0095.  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7278833 das 08h às 19h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaração de Quitação Anual de Tarifas Pr...  
 esta disponível no Autoatendimento e Internet.



17/02/2018 17:11:02

18/02/2018 17:11:02





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-8300



OCORRÊNCIA Nº 000365/18

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000365/18 registrada em 23/02/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e três dias do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:21 horas, compareceu o Sr. CARLOS WAGENR DE MEDEIROS, com 21 anos de idade, filho de GENIVAL SEBASTIÃO DE MEDEIROS e INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.964.409, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70063698439, residindo à rua SÍTIO JUÁ, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MATINHAS - PB.

**Declarou que:**

Informa o declarante, que por volta das 19h00min do dia 25.12.2017, estava trafegando nas proximidades do Sítio Carangueijo, área rural de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110i, ano/modelo 2016/2017, cor vermelha, chassi nº 9CZHB0100HR212563, de placa QFV-5607/PB, licenciada em nome de Wallyson Rangel Cabral de Souza, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu dianteiro derrapar em uma curva, sofrendo ferimentos graves no zigomático esquerdo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Sexta-feira, 23 de Fevereiro de 2018

*Carlos Wagenr de Medeiros*

CARLOS WAGENR DE MEDEIROS

Declarante

*José Alberto do Nascimento*

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180193694 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS WAGNER DE MEDEIROS **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 26/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

### 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Bruno Barbosa Mendonca

**CRM do médico:** 52900400

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o 0800 0221 204 ou 0800 0221 208 (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 interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

RECEBIDO  
27 ABR 2018  
GRUPO SEGURADOR  
RAMARESS

Nome completo da Vítima: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS | CPF da Vítima: 700.636.984-39 | Data do Acidente: 25-10-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinar 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.

MATINHAS, 03 de ABRIL de 2018  
Local e Data

e Carlos Wagner de Medeiros  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1002 V001/2017







SAMU  
192

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO PARAIBA - PODER EXECUTIVO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA - PB - CNPJ : 11.899.086-9901/88  
SAMU 192 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

ATO

**DECLARAÇÃO**



Declaramos para todos os fins de direito que fizemos necessários que **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**, 23anos, RG:3964489 SSP/PB, CNES:704.8040.7983.0944, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº 1661099, em 25/12/2017 às 19:35hs, na USB 035 de Alagoa Nova -PB, vítima de QUEDA DE MOTO, consciente, orientado, apresentando abdômen doloroso, laceração lábio superior, escoriações MMSS E. Feito atendimento de acordo com o protocolo e encaminhado para HTCC, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA - PB, 11/01/2018

  
Janécilde Costa Sampaio  
ENFERMEIRA - COREN 110600  
COORDENADORA SAMU  
Município de Alagoa Nova - PB  
**JANÉCILDE COSTA SAMPAIO**  
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA - PB  
COREN 110600 PB

14 229518 12:14 12/01/2018

ENFERMEIRA TUBER 1027



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, CARLOS WAGNER DE MEDEIROS  
 RG nº 3.964.409, data de expedição 25/5/11 Órgão SSP/PB

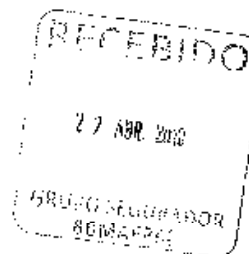
CPF nº 300.636.984-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO JUÁ
Número	S/N
Apto / Complemento	-
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	MATINHAS
Estado	PARNÍBA
CEP	58.128.000
Telefone de Contato	(083) 988939170-3339-5356.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MATINHAS - PB, 17-04-2017

Assinatura do Declarante: Carlos Wagner de Medeiros



GENIVAL SERASTIAG DE MEDEIROS  
RT. JULIA, SN - ANCA BURAL  
MANTENAS/RS CEP: 96130-000 (AO 11)



Fone: 011 2107-1010 Referência: Abr/2018  
Cidade: São Paulo, SP - Brasil  
R. 15 de Novembro, 2775 - Vila Alpina - São Paulo, SP - Brasil

ENERGISA S.A. - CNPJ: 08.907.888/0001-90  
Cidade: São Paulo, SP - Brasil  
R. 15 de Novembro, 2775 - Vila Alpina - São Paulo, SP - Brasil

Atividade: Comercialização de Energia Elétrica  
CNPJ: 08.907.888/0001-90

Endereço do Cliente: ENERGIASA 0800 083 0193

Conta referente a: Apresentação Data Prevista de Pagamento  
Abr/2018 07/04/2018 08/06/2018 45\*43200482

UC (Unidade Consumidora) 3550190-4

Declaração de Quitação Atual de Contas  
De acordo com a Lei 12.377 de 29 de Junho de 2012,  
fui informado a respeito do cancelamento das contas  
relacionadas, no prazo de 30 dias, a partir da publicação  
desta declaração. É de minha inteira responsabilidade  
cancelar as contas de acordo com o prazo estabelecido.  
O cancelamento das contas de consumo de energia  
elétrica deve ser realizado em prazo de 30 dias a partir  
da data de referência desta declaração.  
Vale ressaltar que não há cobrança de multa por  
cancelamento de contas de energia elétrica.

Anterior	Atual	Consumo	Outras
Data	Leitura	Data	Leitura
30/03/18	824	30/03/18	836
Consumo (kWh): 12			
Outras (R\$): 0,00			
Total a Pagar (R\$): 11,58			

Descrição	Valor	Valor	Valor
001 Custo de Distribuição	0,00	0,00	0,00
013 Suprimento	4,63	0,00	4,63
CARGOS E SERVIÇOS:			
354 JUROS DE MORA 03/2018	0,00	0,00	0,00
305 MULTA 03/2018	0,00	0,00	0,00
083 Imposto Substituído	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>4,63</b>	<b>0,00</b>	<b>4,63</b>

Valor a pagar em reais: R\$ 11,58

VENCIMENTO 13/04/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 11,58

RESERVADO AO FISCO

CP: 082.db51.7577.3582.6229.385e.48e6.8a85

Descrição	Valor	Valor	Valor
001 Custo de Distribuição	0,00	0,00	0,00
013 Suprimento	4,63	0,00	4,63
354 JUROS DE MORA 03/2018	0,00	0,00	0,00
305 MULTA 03/2018	0,00	0,00	0,00
083 Imposto Substituído	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>4,63</b>	<b>0,00</b>	<b>4,63</b>

ATENÇÃO: Prazo de validade da declaração: 30 dias

RECEBIDO  
27 ABR 2018  
GRUPO SANEAMENTO  
URUGUAIENSE







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 022120 (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>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 VALDEMIR BALBINO SALES inscrito (a) no CPF/CNPJ 426.173.674 / 87 na qualidade de Procurador ~~de~~ / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS WAGNER DE MEDEIROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.636.984 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima CARLOS WAGNER DE MEDEIROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.636.984 / 39 conform 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		Número	Complemento
AVENIDA MAL FLORIANO PEIXOTO		9255	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
SERROTAZ	CAMPINA GRANDE	P.B	58434-500
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		(083) 98897.9170	

C-GRANDE-03 17 de ABRIL de 2018

Local e Data

Valdemir Balbino Sales

Assinatura do Declarante



DLDR-001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA,  
RG nº 3477806, data de expedição     /    /    ,  
Órgão     , portador do CPF nº 011.532.334-03, com  
domicílio na cidade de MATINHAI, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio JUA, nº SIN, complemento ÁREA PVERA,  
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de  
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
CARLOS WAGNER DE MEZASINS

Veículo: HONDA/POP 1101  
Ano: 2016  
Modelo: 2017  
Placa: QFV  
Chassi: 9C2HB0100HR212563  
Data do Acidente: 25-12-17

Cartório  
"Alípio Bezerra"

Local e Data: ALAGOA NOVA-PB, 07.03.2018.

Wallyson Rangel de Souza  
Assinatura do Declarante

	<b>CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"</b> Assinador: <u>Wallyson Rangel de Souza</u> <small>R. Coronel João, 151 - Cruz, 53300-000 - MATEIAS - PB (51) 3334-1150</small>	Assinador: <u>Wallyson Rangel de Souza</u> <small>Assinador: <u>Wallyson Rangel de Souza</u> TABELIONATO PÚBLICO</small>
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: <u>WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA</u>		
Doc. Fe. Alagoa Nova/PB - 08/03/2018		
Escriturante: <u>FAGNER RODRIGUES SOARES</u>		
Selo Digital: AG166869-FNCE		
Consulte a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br/">https://selodigital.tjpb.jus.br/</a>		
Emol: R\$9,48 Farçer. R\$0,28 MF R\$0,15 Farçj R\$1,74		

Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE



PT 22318 5121 3102-5511

UNIA 0001 00000000



11/12/2017

GOVERNIO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGENCIA

CLASS. DE URGENCIA CLASS. DE URGENCIA PRONT. (B, E) Nº 1568434

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mar. Floriano Peixoto, 4700 - Melvinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409

Bol. de Emergência (B, E) - Modelo 07

PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Nascimento: 06/05/1994

Sexo: M

Teléfono: 081678041

Idade: 023

RG: 3964489

Bairro: ZONA RURAL

CPF: 70063698499

Nº: 0

Profissão:

CNS: 704804075839944

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

Data do Atendimento: 25/12/2017

Horário: 20:51:24

CRM:

Nome do Mãe: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS

Responsável: LENICE HERONIDINO DA SILVA

Estado Civil: solteira

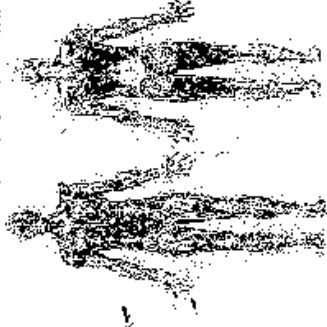
Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Médico:

Obs FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao foto):

- 1. Avanço 2. Anestesia 3. Avaliação 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Empalmeado 9. Estímulo subcutâneo 10. Sangramento 11. Injúria 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Contusão 15. F. Corte 16. F. Corte 17. F. Corte 18. F. Corte



19. Ruptura da pele 20. Ruptura da pele 21. Ruptura da pele 22. Ruptura da pele 23. Ruptura da pele 24. Ruptura da pele 25. Ruptura da pele 26. Ruptura da pele 27. Ruptura da pele 28. Ruptura da pele 29. Ruptura da pele 30. Ruptura da pele 31. Ruptura da pele 32. Ruptura da pele 33. Ruptura da pele 34. Ruptura da pele 35. Ruptura da pele 36. Ruptura da pele

HTCC-Pré-Instr. Administrativo

EXAME PRIMARIO - DAI CLINICOS

Paciente sem história de trauma nem uso de drogas. Exame físico normal. Ruptura da pele no membro superior esquerdo. A pele está seca e quente com edema discreto.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FISICO

PUPILAS ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA 3 Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

Ultrassonografia: RNST Radiografias: Tórax, pelve, membros E, cervical Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARCEIR (MÉDICO):

Especialista: Dr. Lepezio

Especialista: as as

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

BORÁRIO REALIZADO

Table with 6 columns: N°, Prescrições e Conduitas, Médico Realizado, Borário Realizado. Row 1: 1, 1, 1, 1. Row 2: 2, 2, 2, 2. Row 3: 3, 3, 3, 3. Row 4: 4, 4, 4, 4. Row 5: 5, 5, 5, 5. Row 6: 6, 6, 6, 6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico: MEDILCO

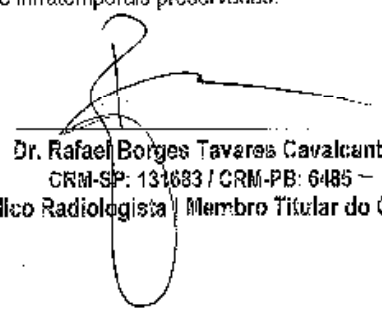
Paciente: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS  
Data do Exame: 27/12/2017  
Exame: Tomografia Computadorizada da Face

**Técnica:**

- Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados nos planos coronais e axiais dos seios paranasais.

**Análise:**

- Múltiplas fraturas dos ossos da face, com *hemossinus* maxilar bilateral associado (vide reconstrução 3D).
- Complexos de drenagem ostiomeatais pérvicos com aspecto anatômico.
- Septo nasal e estruturas das fossas nasais com aspecto dentro dos limites da normalidade.
- Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.

  
Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485 -  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RECEBIDO  
27 MAR 2021  
GRUPO HOSPITALAR  
SECRETARIA DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENDIMENTO

14-000-2010 12145 0356337 1.1

**Ficha de Acolhimento**

Nome: Carlos Augusto de Medeiros  
 End: R. Siqueira  
 Bairro: Anápolis  
 Documento de Identificação:  
 Data de Nascimento: 06.05.84  
 Documento de Identificação:  
 Queixa: Abol. de Data do Atendi.: 25-12-17. Hora: 09:40. Documento:  
 Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

**Classificação de Risco**

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente  
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:  
 Pressão arterial: Temperatura axilar:  
 Dosagem da HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida  
 Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

INOC. 110

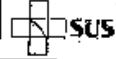
**Estratificação**

( ) Vermelho - atendimento imediato  
 ( ) Verde - atendimento até 4 horas  
 ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
 ( ) Azul - atendimento prioritário

Assinatura e carimbo do profissional

SUELIO MOREIRA TORRES  
CURTUMEIRO 110.176





Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIEMTO EXECUTANTE
2 - CINES
3 - COPS

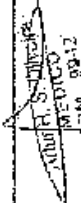
Identificação do Paciente
Nome: Carlos Wagner de Jesus
End: R. Seta
Data de Nascimento: 02.05.1974
Queixa: Dor de
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não
Aspecto:
Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cabeira de rodas ( ) Meca
Estratificação
Assinatura e carimbo do profissional

4 - DOCUMENTO
5 - COL. ORDEM SUSP.
6 - DATA DE SOLICITAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Eulio Wagner de Albuquerque	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	PRONTUÁRIO:
IDADE:					156834
SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				
COR:					
DADOS CLÍNICOS:					
quida de moto					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
USG. FAST					
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	 CARLIMO MÉDICO CRM 9912	
DATA:	05/01/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:			

Carlimo e Assinatura do Médico

PROD. 002



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA**  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREANDES


**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

NOME:	Caudino Wagner de Macedo	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	PRONTUÁRIO: 1568434
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					

**DADOS CLÍNICOS:**  
*queda de moto.*

**MATERIAL A EXAMINAR:**

**EXAMES SOLICITADOS:**  
*- Rx de fêmur (AP + perfil)  
 - Rx ossicular A.P. do joelho, perfil  
 - Rx da coluna L5 (AP, perfil de costelas e costão)*

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	ASSINATURA DO MÉDICO  Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 25/12/17		HORA DA SOLICITAÇÃO: _____

MOD. 002



# Ontopediã #

Paciente vítima de acidente de trânsito - sofreu lesão fratura de ex. fêmur ortopédico e radiológico sem alterações

CO: ANNE

Acta ortopédica por curador SPF

Dr. Jefferson Ubeto L. Rocha  
Ortopedista - Traumatologia  
CRM 101.478-1/RS

Dr. Fernando FORTINA  
Cirurgião e Traumatologista  
CRM 99.414/RS

Dr. Fernando Fortina  
Cirurgião e Traumatologista  
CRM 99.414/RS


BINF MANAABERS  
Paciente alta no dia 06/01/2017  
P/ internação em BINF

Observar a TC  
@ REANIMADO BINF

BINF Paciente alta no dia 06/01/2017  
@ REANIMADO BINF

DESTINO DO PACIENTE	ANOS	DIAS	SERVIÇOS REALIZADOS	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico					
<input type="checkbox"/> Internação (seio)					
<input type="checkbox"/> Transferência para SETOR ou HOSPITAL					
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Já revella <input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Óbito					
Ass: Dr. Fernando Fortina (quando necessário)					

Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

 <b>Sistema Único de Saúde</b> / <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CRES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CRES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b> 6 - NOME DO PACIENTE <b>CARLOS WAGNER DE MEDEIROS</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1568902</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>704804079839944</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>06/05/1984</b>	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> / Fem <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS</b>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>JUA, 0, ZONA RURAL</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE <b>83 981678041</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Macinhas</b>		14 - CÓDIGO DE ENDEREÇO 15 - UF 16 - CEP <b>250933 PB 58128000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;"><i>Trombose e focos com frotura do Complexo Ziguante</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="text-align: center;"><i>a necessidade de</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="text-align: center;"><i>el mmo. f. focos e tromboses</i></p>			
20 - QUADRO INICIAL <i>frot. cond. Ziguante</i>		21 - CID 10 PRIMÁRIA 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Resultados e frotura do Comp. Ziguante</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <b>SUS</b>		27 - CÂMBIO DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	
28 - DOCUMENTO (X) CIUS ( ) CPF <b>170176009220005</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO (CIUS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FRANCISCO AIRTON DE MORAES</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FRANCISCO AIRTON DE MORAES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/12/2017</b>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <p style="text-align: right;"><i>FRANCISCO AIRTON DE MORAES</i> CARIMBO DO PROFISSIONAL</p>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) - 1.026</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CATEGORIA DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAIS DA EMPRESA 41 - CBOA		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - EGP, GRUPO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CIUS ( ) CPF 46 - Nº DO DOCUMENTO (CIUS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>11</b>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
9/12	14:00				$\frac{120}{80}$		<p>Paciente Consciente orientada. Meditado em seguir com Anestesia em intubação das vias mid-ulas da equipe.</p>	
	20:00				$\frac{130}{80}$		<p>Paciente com intercorrências</p>	

Fundação Santa de Lima  
 Sec. de Enfermagem  
 COREN-PA 550.14









Unidade Operativa de Paciente  
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶	1068404
ENTRADA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE <input checked="" type="checkbox"/> NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM <input checked="" type="checkbox"/> BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO <input checked="" type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMA VERBALMENTE <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMA VERBALMENTE <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO	<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) <input checked="" type="checkbox"/> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUANTOSQUER PREOCUPAÇÕES?
<input checked="" type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM VIA AEREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input checked="" type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:20:15  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131520143670000036590126  
 Número do documento: 2101131520143670000036590126










**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		<b>10</b>

  
Assinatura do anestésista



697

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME:	CARLOS WAGNER MEDEI	PRONTUÁRIO:	166893
IDADE:	23	ENF:	7
SEXO:	M	CLÍNICA:	
COR:	B	ALTURA:	
	F	PESO:	
	A	LEITO:	1

DADOS CLÍNICOS:  
*Contato por telefone  
relato de trauma*

MATERIAL A EXAMINAR:  
*RX face*

EXAMES SOLICITADOS:  
*WATERS*

URGÊNCIA:	[X] A	ROTINA:	[ ] B
DATA:	13/01/2021		
		HORA DA SOLICITAÇÃO: 19:40	
		Carimbo e Assinatura do Médico	

Dr. José R. da Caldeira  
Cirurgião Dentário  
BUCOMAXILOFACIAL - 2806-065

14-02-2018 12:36:03:5658 1/1





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Randa Wagner de Medeiros Idade: 23  
 Convênio: SUS Data: 08/10/14  
 Procedimento: no cirurgia, indicação causada de fratura de fêmur + fixação  
 Cirurgião: \_\_\_\_\_ Auxiliar: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Wanderley  
 Início: 08:35 Término: 09:20 Anestesia geral

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Condição
08:30	149x69	84	99%	<u>Wanderley</u>	++	<u>consciente</u>
09:00	159x83	75	98%	<u>Wanderley</u>	++	<u>1</u>
09:30	160x83	82	99%	<u>Wanderley</u>	+	<u>11</u>

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista: Wanderley \_\_\_\_\_  
 Circulante: \_\_\_\_\_

Relatório de Operação



PACIENTE:	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
DATA DO EXAME:	25/12/2017

**ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

**ANÁLISE:**

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de hemoretroperitônio, lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.



Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

11 43518 9171 842-844

0660 3811 8428333





Data	Hora	T	P.	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/12/17					120/80		paciente evolui, sem pós operatório de fratura de zigoma E, EGR, convulsão, orientado de anódico, eufórico acoso mudo. Apresenta edema + hematoma facial. medicado conforme prescrição médica	
28/12/17					120/80			



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>							
Nome:	Rosely Wagner de Medeiros	Registro:		Leito:	7. A	Setor Atual:	Neuro
Sinais vitais:	Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %						
HGT:	mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: ( )	Local:	Obs.:			
<b>EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:</b>							
<b>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</b>							
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro							
GLASGOW(3-15):				Drogas (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midrílicas							
Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plejia ( ) Parestesia Local:							
Linguagem: ( ) Qual? ( ) Dístonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria:							
Obs:							
<b>OXIGENAÇÃO</b>							
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T							
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O							
<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:							
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E							
Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Silbíos ( ) Estridor ( ) Outros:							
Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:							
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:							
Data da inserção do dreno: / / Aspecto da drenagem torácica:							
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:							
<b>PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b>							
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:							
<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:							
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>							
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.							



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <span style="float: right;">Precordialgia <input type="checkbox"/></span>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>AVP- MCB</u> . Data da punção: <u>  /  /  </u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> JVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <u>  </u> Data: <u>  /  /  </u>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <u>  </u> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <u>  </u> ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: <u>  </u> Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>  </u> Curativo em: <u>  /  /  </u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <u>  </u> Débito: <u>  </u> Retirado em: <u>  /  /  </u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <u>  </u> Local: <u>  </u> Descrição: <u>  </u> Curativo: <u>  /  /  </u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo;	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>Recente. Po da BME, evolui sem queixas e sem intercorrências</u>	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES Enfermeiro COREN-PA-10267	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <span style="float: right;">DATA: <u>28/12/17</u> HORA: <u>17:15</u> h</span>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Diagnóstico

Red. F. F. Fernandes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Letto	Convênio	Alojamento	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
André Wagner de Melo						
10/01/2021					Prescrição Médica Ata	Evolução Médica Paciente em tratamento
11/01/2021					Ata	
12/01/2021					Ata	
13/01/2021					Ata	
14/01/2021					Ata	
15/01/2021					Ata	
16/01/2021					Ata	
17/01/2021					Ata	
18/01/2021					Ata	
19/01/2021					Ata	
20/01/2021					Ata	
21/01/2021					Ata	
22/01/2021					Ata	
23/01/2021					Ata	
24/01/2021					Ata	
25/01/2021					Ata	
26/01/2021					Ata	
27/01/2021					Ata	
28/01/2021					Ata	
29/01/2021					Ata	
30/01/2021					Ata	
31/01/2021					Ata	

Dr. José Maria Cavalcanti  
CRM: 10.141/1-6  
RUE: 10.141/1-6

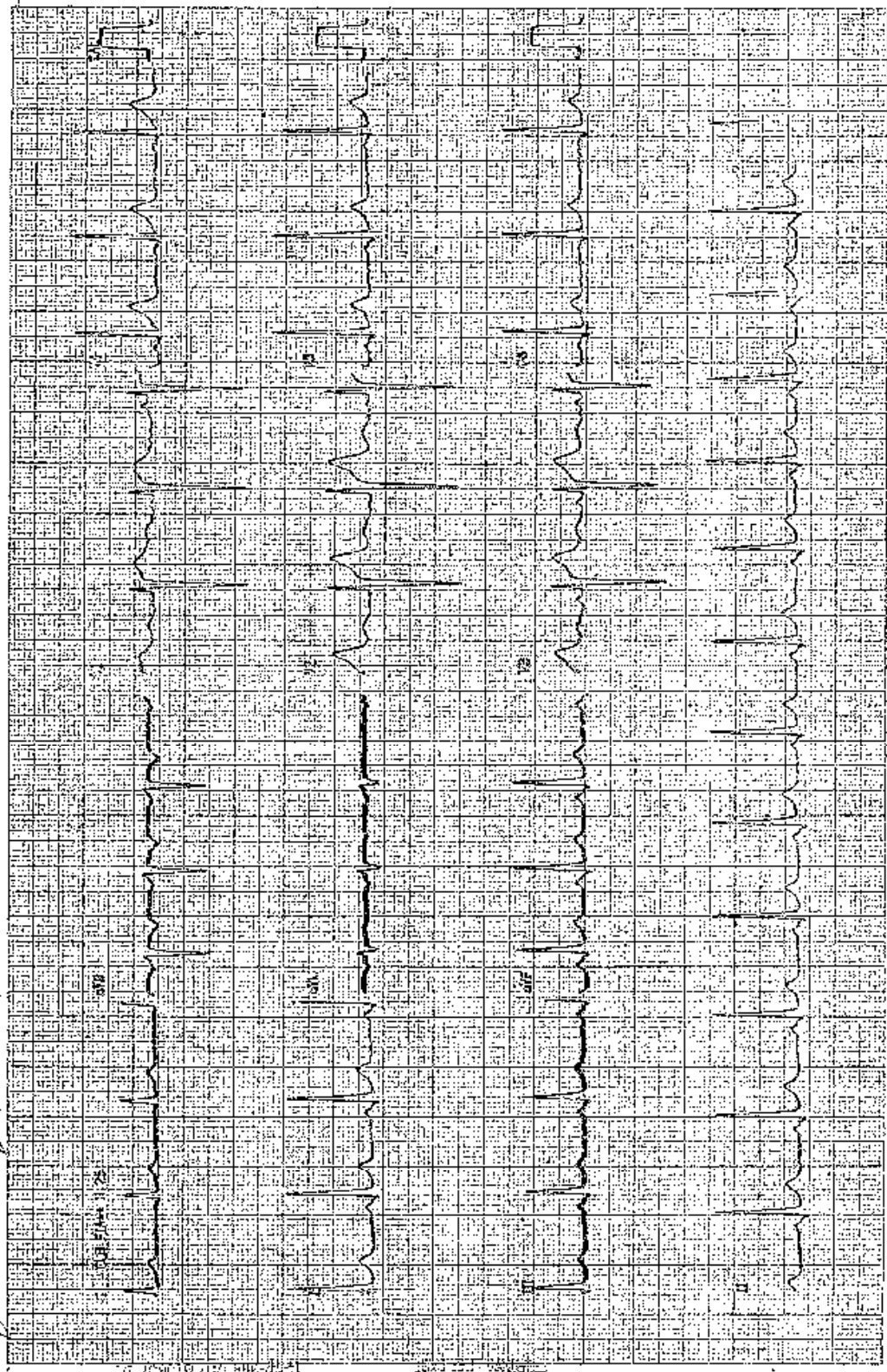
Dr. José Maria Cavalcanti  
CRM: 10.141/1-6  
RUE: 10.141/1-6


Dr. José Maria Cavalcanti  
CRM: 10.141/1-6  
RUE: 10.141/1-6



Carlo Wagner Machado

27/12/18



GOVERNO DO PARANÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:	Carlos Wagner de Medeiros	PRONTUÁRIO:					
IDADE:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	
SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:				ENF:	9
							LEITO:
							1
DADOS CLÍNICOS:							
Ped 28							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS:							
ECG.							
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	 Carimbo e Assinatura do Médico			
DATA:	27.12.17	HORA DA SOLICITAÇÃO:					

MOD. 002

14-09-2019 12:17 813658 1/1

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ



GOVERNO DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema Único de Saúde

Nome: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS      Protocolo: 0009376994      RG: NÃO INFORMADO  
Prof: SEM IDENTIFICACAO MEDICA      Data: 27-12-2017 11:29      Origem: CLINICA NEURO-BEICO  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 23 anos      Destino: ENF01-LO1

**GLICOSE (JEJUM)** ..... 87 mg/dl

Resultados anteriores: 26/12/17: 112 | 26/12/17: 123 |

Data da coleta: 27/12/2017 12:04 |

Método: Clássico

Método Autopatizado: C1-200 WIEWER

Valores de Referência:

Pré-termo... 20 a 60 mg/dl - Crianças... 60 a 100 mg/dl

Termo... 30 a 90 mg/dl - Adultos... 60 a 100 mg/dl

1 a 5 dias... 40 a 80 mg/dl - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dl

NOVA CATEGORIA - Glicose plasmática de jejum... 110 a 125 mg/dl

Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dl.

NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

Lilia Marcelene L. M. Marins  
CRP-PB 1463

Emissão: 27/12/2017 13:57 - Página 1 de 2



Labortório  
**Newlab**

141 659378 2121 3162 3514



**PNCQ**  
Programa Nacional de Controle da Qualidade





Sr(a): CARLOS WAGNER DE MEDEIROS      Protocolo: 0900376914      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA      Data: 27-12-2017 11:29      Origem: CLÍNICA NEURO-BUCCO  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 23 anos      Destino: ENFOT-101

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 27/12/2017 12:03)

	Resultados	Valores de Referência
<b>SÉRIE VERMELHA</b>		
Eritrócitos.....	4.7 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 a 6.0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13.9 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	89 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.8 a 36.0 g/dL
<b>SÉRIE BRANCA</b>		
Leucócitos.....	11.200 /mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
<b>Neutrófilos</b>		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3.0	336
Segmentados.....	81.0	9.072
Eosinófilos.....	1.0	112
Basófilos.....	0	0
<b>Linfócitos</b>		
Típicos.....	13.0	1.456
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2.0	224
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	176.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

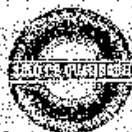
OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Marciana*  
Lilá Marciana L. M. Martins  
CRF-PB 1463

Emissão: 27/12/2017 13:57 - Página: 2 de 3



Laboratório  
**Newlab**



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

11 09 3518 2121 2102 2101 2100

11 09 3518 2121 2102 2101 2100





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <b>Contra Wagner de medeiros Dinoblo 1994</b>		GOVERNO DA PARAIBA	
Qtd. LEITE Sala 01 Sur	CONVÊNIO SUS	IDADE 23 a	REGISTRO 1568434
CIRURGIA <b>Trat cirur ved. cresenta</b>		CIRURGIÃO <b>Dr. Josuel</b>	
ANESTESIA <b>geral venosa</b>		ANESTESIA <b>Dr. Wanderley</b>	
INSTRUMENTADORA Retorno	DATA 28/12/17	INICÍ 07:35	FIM 08:10
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd. FIOS	CÓDIGO
Adrenalina amp.	01	Calet. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix
Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix
Diazepam amp.	02	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix
Dimorfe amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples
Dolanina amp.		Colonoida	Catgut Simples Sertix 3-0
Efrana ml		Dreno	Catgut Simples Sertix
Facogam amp.		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix
01 Fentanil ml 2 ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso
Irova ml		Dreno Pezzer n°	Ethibond
Kelalar ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond
Morxina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond
Nubain amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
Paralon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix
Protigine amp.	1-5	Esparad. raso Largo cm	Fio de Algodão Sutopak
Protóxido Km		Furacim ml	Fio de Algodão Sutopak
Quelida ml	02	Gase Pacote p/ 10 unidades	Fita cardiaca
Rapifen amp.		H2O ml	02 Mononylon 3-0
Trionensbital ml		Intracath Adulto	Mononylon
01 Tráclum amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix
Qtd. MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix
Água Destilada amp.		Lamina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix
Decadron amp.		Lamina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix
02 Dipirone amp.	02	Luvas 7.0	Vicryl Sertix
Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5	Vicryl Sertix
Plebotomid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Sertix
Geramicina amp.		Luvas 8.5	
Glucose amp.	35	Oxigenio Km 2 Litros	
Glicon de Cálcio amp.		Polifix	
Kaemcel ml	9.5	PVPi Degermane ml	
Heparema ml		PVPi Tópico ml	Qtd. SOROS
Kanabon amp.	9.5	Sabão Antisséptico	02 SF Normotérmico fr 500 ml
Lasix amp.		Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml
Medrolnazol.		Seringa desc. 10 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
Plasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml	SG Ring fr 500 ml
Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	01 SF fr 500 ml p/ puerperalmente
Reyvian amp.		Sonda	
Stiplaxon amp.		Sonda Foley	Qtd. ORTESE E PRÓTESE
02 Cetilina 1g		Sonda Nasogélica	02 Placa 2.0 (Quality)
01 Puroper		Sonda Uretral n°	08 Parajust 2.0
02 tilatil		Steridren ml	
		Tomelina	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	
Agulha desc. 23 x 7		Geicon 18	
01 Agulha desc. 28 x 22 - 40 x 12	02	Letex	
Agulha desc. 3 x 4.5	05	Redutores	
Agulha p/ caque n°	03	Sincrosab	
0.5 Alcool de Enfermagem			
Alcool Iodado ml			
Ataduras de Crepon			
Ataduras de Gessada			
Azul metileno amp.			
Benzina ml			

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAUDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

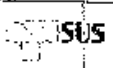
CIRCUANTE RESPONSÁVEL  
 Marina C. da Silva  
 REG. ENFERMAGEM  
 COREN-PB 32251  
**NCS**



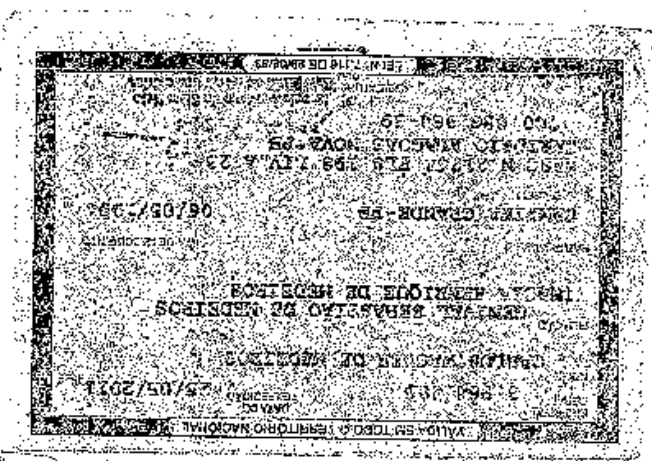




Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

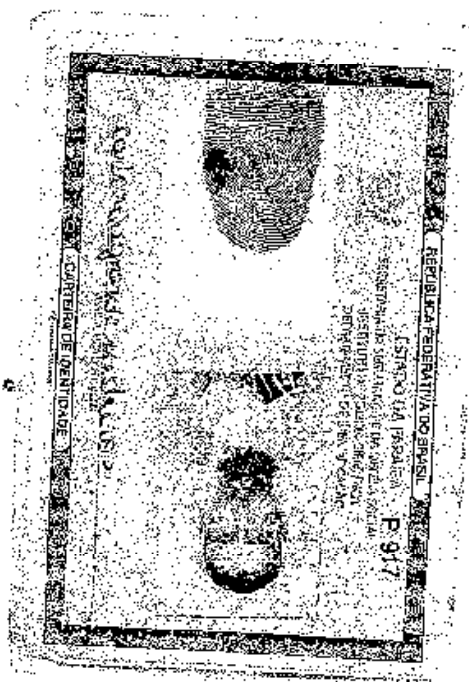
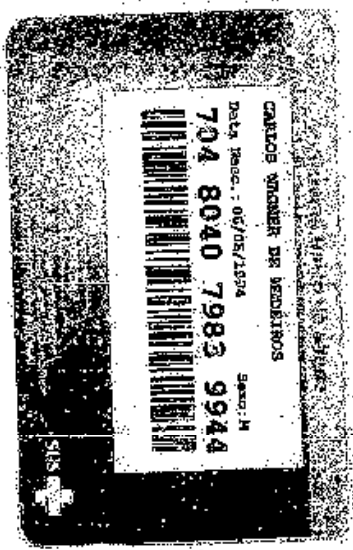
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <b>CARLOS WAGNER DE MEDEIROS</b>						6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1568902</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>704804079839944</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>06/05/1994</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE <b>83 981678041</b>			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>JUA , 0 , ZONA RURAL</b>							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Matinhas</b>				14 - CÓD. URB. FAMILIAR <b>250933</b>		15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58128000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Transtorno de foco com          fratura do Complexo Zygomatic</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>a necessidade cirúrgica</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>clínica, fono e faciofona</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>frat. comp. zigomatica</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução e fixação do Comp. Zygomatic</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA <b>Bula P</b>		27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO <b>02</b>		28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>170176009220005</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FRANCISCO AIRTON DE MORAES</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/12/2017</b>		32 - ASSINATURA E CARRUBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) <i>FRANCISCO AIRTON DE MORAES</i>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO DANFTE		38 - SÉRIE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CLASSE DA EMPRESA		41 - CBOE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO							
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CPF, ORDEM EMITIDA				45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>1 / 1</b>		49 - ASSINATURA E CARRUBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)					

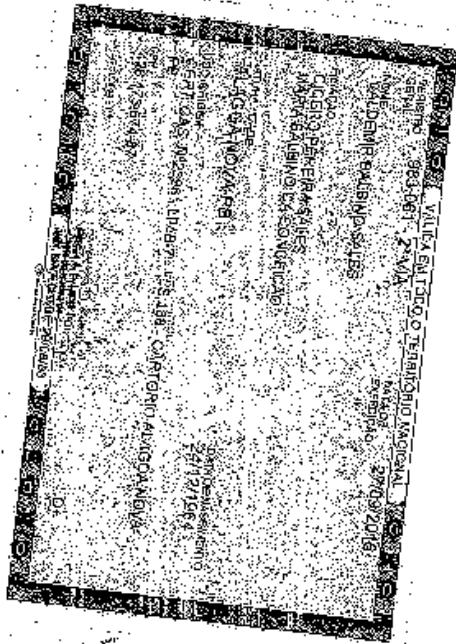




RECEBIDO  
27 ABR 2011  
GRUPO SANGUINHO

06/05/1994  
700686984-39





RECEBIDO  
27 APR 2018  
GRUPO SOLZADOR  
BBIAAPRL





RECEBIDO  
27 ABR. 2011  
GRUPO SELECIONADOR  
BEMAPRO



RECEBIDO

27 ABR. 2016

GRUPO SAGUADOR  
SRMA-PRF

<b>REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL</b> <b>MINISTERIO DAS CIDADES</b>		<b>REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL</b> <b>MINISTERIO DAS CIDADES</b>	
CENTRO DE REGISTRO DE VEICULOS RUA RSC 20160100112267-0		CENTRO DE REGISTRO DE VEICULOS RUA RSC 20160100112267-0	
1-013000194-5 0070000000 2016 <b>WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA</b>		1-013000194-5 0070000000 2016 <b>WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA</b>	
01557233403 QFV5607EB		01557233403 QFV5607EB	
0 MOVTO PB 9C2J00100HR212563		0 MOVTO PB 9C2J00100HR212563	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC GASOLINA		PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC GASOLINA	
HONDA/POP 1101 2016 2017		HONDA/POP 1101 2016 2017	
2-P/109 /CI PARTIC VERMELHA		2-P/109 /CI PARTIC VERMELHA	
IPVA PAGO EM 18/10/2016		IPVA PAGO EM 18/10/2016	
***** 0		***** 0	
***** SEGURO P.A.G.O -18/10/2016		***** SEGURO P.A.G.O -18/10/2016	
A.F.R.M.DS.COM.NACION HONDA LTDA		A.F.R.M.DS.COM.NACION HONDA LTDA	
MATRIZAS-PB 42294		MATRIZAS-PB 42294	
19/10/2016 7003781		19/10/2016 7003781	

14-11-2016 12:15:35

SECRETARIA DE DEF. PUBL.








**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
SEGURO DE VEÍCULO - DPVAT

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT**

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente <b>LUCAS SOUSA ESPINOLA</b>	
Tipo de Sinistro Danos por Colisão/Luár <input checked="" type="checkbox"/>		Agência <b>SUCURSAL JOÃO PESSOA</b>	
Nome do Requerente <b>CARLOS WAGNER DE MEDEIROS</b>		Nome de Vitima <b>CARLOS WAGNER DE MEDEIROS</b>	CPF da Vitima <b>70063698439</b>
Documentos Complementares			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vitima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim da Ocorrência Policial Identidade / CPF do Procurador		<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência da Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Inválidez Permanente <input type="checkbox"/> Laudo do IME com Alta Definitiva Cópia autenticada	DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comproventos das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Recitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros
		Outros Docos. Entregues e Observações *PROCURAÇÃO; *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA; *DADOS BANCÁRIOS; *CNH PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - PROPRIETÁRIO DO VE  0151958/18	
		 0154725	

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

**Documentos Básicos:**

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO

27 ABR, 2018

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0151958/18> 17/04/2018 ADOR  
 BSMAPFRE



RECEBIDO  
 27 ABR 2018  
 SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

750440882

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

30/07/2013

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

750440882

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

22/07/2013

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

750440882

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

015.572.334-08

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000

750440882

SECRETARIA DE JUSTIÇA  
 80000-000





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NA SEGUROS

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo:  Processo Novo  Documentos Complementares

Aterendente: **LUÇAS SOUSA ESPINOLA**

Tipo de Sinistro:  Invalidez Permanente/Total

Agência: **SUCURSAL JOÃO PESSOA**

Nome do Requerente: **VALDEMIR BALBINO SALES**

Nome da Vítima: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS** CPF da Vítima: **70063698439**

Documentos Complementares

Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima

CPF da Vítima

DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus

Boletim de Ocorrência Policial

Identidade / CPF do Procurador

Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário

CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais

Proc Ori e Especifica p/ facto. do Seguro DPVAT

Comprovante de Residência do Requerente

Comprovante de Residência do Procurador

Morta	Invalidez Permanente	DAMS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Certidão de Óbito (Cópia autenticada)</li> <li>Laudo do Exame Cadavérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laudo do IML com Alta Definitiva</li> <li>Cópia autenticada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar</li> <li>Relatório Médico</li> <li>Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)</li> <li>Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)</li> <li>Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros</li> </ul>
<p>ESPOSO(A)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)</li> <li>Autorização de Pagamento</li> <li>Prova de Campanheirismo junto ao INSS</li> <li>Declaração de Dependentes na Rep. Fed.</li> <li>Prova de Dependência na CTPS</li> <li>Certidão de Nascimento ou Casamento</li> <li>Declaração de Únicos Herdeiros</li> <li>Certidão de Nascimento</li> <li>Certidão de Óbito dos Genitores</li> <li>Alvará Judicial</li> </ul>	<p>Outros Docos. Entregues e Observações</p> <p><b>SINISTRO - 3180193694; DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A VALAGEM DE DINHEIRO</b></p>	<p>C 134425 digi</p>



0136313

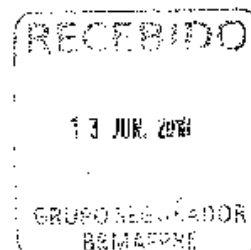
**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

### Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ facto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

### Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)



## SINISTRO 3180193694 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS WAGNER DE MEDEIROS  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
INDENIZAÇÃO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624  
BENEFICIÁRIO CARLOS WAGNER DE MEDEIROS  
CPF/CNPJ: 70063698439  
Posição em 09-05-2018 09:20:26

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração Circular SUSLP 445/12	Beneficiário	Pendente	VALDEMIR BALBINO SALES

Histórico das correspondências enviadas		
Data de Corte	Referência	Ver Carta
04/05/2018	Aviso de Sinistro	

RECEBIDO

13 JUN. 2018

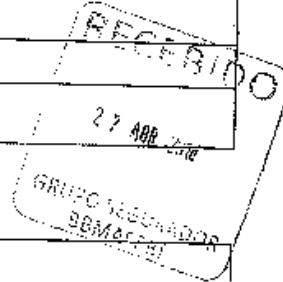
SINISTRO 3180193694  
BBMAFPAI



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome:	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Nacionalidade:	BRASILEIRO
Profissão:	AGRICULTOR
Identidade:	3.964.409
Endereço:	SITIO JUA - S/A



OUTORGADO

Nome:	VALDEMIR BALDINO SALES
Nacionalidade:	BRASILEIRO
Profissão:	CONSULTOR DE SEGUROS
Identidade:	983.061 SSP/PB
Endereço:	AVENIDA FLORIANO PEIXOTO - 5255

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

MATINHOS, PB, 17.04.2018

LOCAL E DATA



Carlos Wagner de Medeiros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

	<b>CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"</b> R. Conde de Albuquerque, 100 - CEP: 57000-000 - MATINHOS, PB TABELÃO PÚBLICO
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS	
Data: 16/04/2018	
Escritor: ANTONIO GERALDO DE ARAÚJO NETO	
Selo Digital: AG019486-PDSL	
Consulte a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>	
Emol: R\$9,48 Forpén: R\$0,28 MP: R\$0,15 Fepj: R\$1,74	

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"  
ALAGOA NOVA - PB  
Antonio Geraldo de A. Neto  
ESCREVENTE

