

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº: 11746425

A/C: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522577 ASL-0365893/17
Vitima: GABRIEL PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11798672

A/C: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170522577 ASL-0365893/17
Vítima: GABRIEL PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11867109

A/C: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170522577 ASL-0365893/17
Vítima: GABRIEL PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA

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: **GABRIEL PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000016889-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 20/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000016889-8

Nr. da Autenticação 8D2B0B1674857383



Nº DO SINISTRO _____

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GABRIEL PEREIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 995269 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01/09/99 E

CPF 425684554-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO VIGILANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.310,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GABRIEL PEREIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16889-8

DECLARO QUE A CONTA, ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA, 06 de SETEMBRO de 2017
LOCAL E DATA

Gabriel Pereira da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro-DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

04/11/60



SINCOR/PB

19 SET. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01663.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01663.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:50 horas do dia 13 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Gabriel Pereira da Silva**, CPF nº 425.684.554-20, CNH nº 06280248690, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Madalena Pereira da Silva e Eduardo José Pereira, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 04/11/1960 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pinheiro Machado, Nº 21, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Padaria Pandel, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98694-7987.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Embaixador Milton Cabral, Perto do Posto de Gasolina, Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/05/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL-NO-TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150 BROS MIX ES, COR PRETA, ANO 2010/2010, PLACA NQG3488/PB, CHASSI 9C2KD0520AR089697, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, quando foi atingido na lateral direita por um CICLOMOTOR PHOENIX, BRANCO, placa não identificada, conduzida por dois menores de idade; Que os menores ocupantes do CICLOMOTOR tiveram apenas escoriação, se levantaram e foram embora; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 14.08.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.

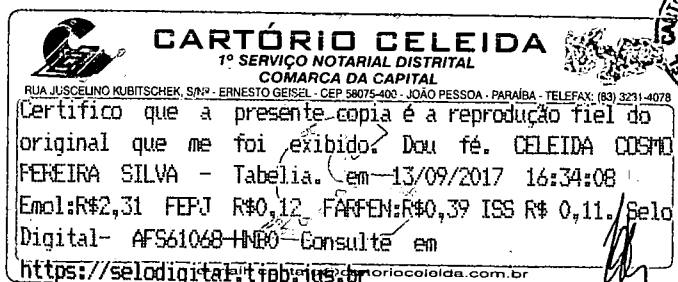
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

GABRIEL PEREIRA DA SILVA
Noticiante

SINCOR/PR

19 SET. 2017

Procedimento Policial: 01663.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, GABRIEL PEREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 995269 e inscrito no CPF/MF sob o nº 425.694.534-20 residente e domiciliado na RUA MARIA ROSA JACINTO, 88 Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

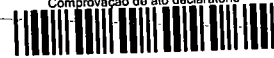
JOÃO PESSOA, 10 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

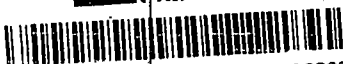
SINCUR/PR

19 SET. 2017

Comprovação de ato declaratório



"0005"



1000006197772 BE 1002006
 GABRIEL PEREIRA DA SILVA
 DT. NASC.: 04/11/1960
 MAE: MARIA MADALENA PEREIRA DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1002006



GOVERNO
DA PARAÍBA

Identificação do paciente

ID 1172980	Nome GABRIEL PEREIRA DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/11/1960	Idade 56 anos 6 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA MADALENA PEREIRA DA SILVA	Pai EDUARDO JOSE PEREIRA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO			UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			

Endereço

CEP 58305220	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro PINHEIRO MACHADO
Número 21	Complemento	Bairro SESI	

Admissão

Data e Hora 21/05/2017 17:37:43	Número da pulseira 1000006197772	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

<p>INCOR/PB</p> <p>19 SET. 2017</p>	
-------------------------------------	--

Diagnóstico	CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA	Tempo 01min 29seg

Imprimir



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM



1000006197772 BE.: 1002006
GABRIEL PEREIRA DA SILVA
DT. NASC.: 04/11/1960
MÃE: MARIA MADALENA PEREIRA DA SILVA



B.E./PRON

END.: PINHEIRO MACHADO
N. 21 - SESI
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: (83) 900000000
IDADE: 56
DT. ENTRADA: 21/05/2017 17:37:43

Polícia

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAM

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Envenenamento ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO:

☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO:

☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: / mmhg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente

☐ Inconsciente

☐ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

☐ Isocóricas

☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

Outros:

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☐ SVD

☐ Outros:

☐ Distensão abdominal

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Internações ☐ Outros:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

Especificar:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

SINGU/PP

19 Set. 2017

NO:

ENFERMEIRO:

COREN:

1º Atendimento =

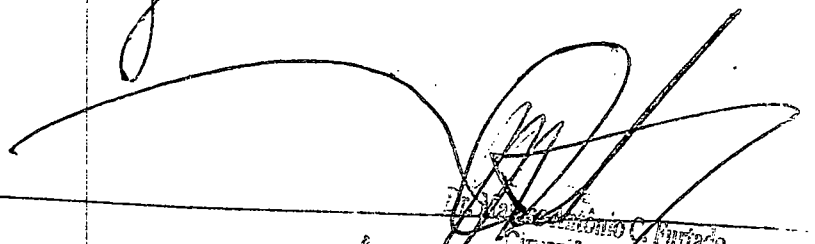
SINCLIVPP
19 SET. 2007

Paciente vítima de queda de moto apresentando dor + edema de tornozelo e punho E.

Cond = Rx de tornozelo PA/P.

- Rx de punho PA/P.

- Ao ortopedista
- Alto da lungeta
gust.



Indicação:

Paciente com fratura
de tornozelo e punho
Condutor: 1/ 1º atendimento
2/ 2º atendimento

Dr. Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 23.520

1001

40



HEETSHL

Nome do paciente Roberto Pereira de Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
01/05/17		<p>Exame interno</p> <p>do sistema de freio</p> <p>Arco do 5.</p>
		<p>Dr. João Roberto P. Ribeiro</p> <p>ORTODONTIA / ORTODONTIA</p> <p>CRM-PB 4518</p>
		<p>SINCOR/PR</p> <p>19 SET. 2017</p>



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

placa em + 3 x 3 - 001
Paraf. cortical 18-001
" " 16-002
Fio de sutura n. 2.0-002
agulha nooplex n. 50-001

SINCUR/PP

19 Set. 2017

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Dr. Pedro Romão
MÉDICO
CRM-PB 9799
CRM-RN 5224



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Galvã Pereira Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 31/05/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Luciano Farias 1º Assistente: Hellerman
2º Assistente: Pedro Faria 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
① Fratura do Rádio Ulnar D.	
② Fratura do Olecrano D.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Tratamento cirúrgico de Fratura do Rádio Ulnar D.	
② Tratamento cirúrgico de Fratura do Olecrano D.	

SINCOM/PR

19 SET. 2017

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Pedro Romão Dantas
MÉDICO
CRM-PB 9799
CRM-RN 8224

João Pessoa, 31/05/17

Nota de Sala Cirúrgica

001

NOME DO PACIENTE: <u>Gabriel Pereira da Silva</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
IDADE: <u>56</u> BE: <u>1002006</u>		PRONTUÁRIO:		ENFERMARIA:		LEITO:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
CIRURGIA: <u>TTO curu. qual rodado Dotal</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
CIRURGIÃO: <u>Ricardo Ramos</u> 1ª AUX: <u>Blossman</u> 2ª AUX: <u>SINCLIVPP</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ANESTESIA: <u>Bloqueio de Plexo</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ANESTESISTA: <u>Blossman</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
INSTRUMENTADOR: <u>---</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
DATA: <u>31/5/17</u>		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>---</u> FIM: <u>---</u>		CIRURGIA: INÍCIO: <u>7:30</u> FIM: <u>9:10</u>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS</th> <th>QTD.</th> <th>MATERIAIS CONT.</th> <th>QTD.</th> <th>FIOS</th> <th>QTD.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ALFENTANILA</td> <td></td> <td>JELCO Nº18</td> <td></td> <td>FIO CAT GUT CROMADO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA</td> <td></td> <td>JELCO Nº20</td> <td>1</td> <td>FIO CAT GUT CROMADO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BUPIVACAÍNA PESADA</td> <td></td> <td>JELCO Nº22</td> <td></td> <td>FIO DE AÇO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CETAMINA</td> <td></td> <td>JELCO Nº24</td> <td></td> <td>FIO DE AÇO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DROPERIDOL</td> <td></td> <td>KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº</td> <td></td> <td>FIO DE NYLON Nº <u>4-0</u></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ETOMIDATO</td> <td></td> <td>LÂMINA BISTURI Nº11</td> <td></td> <td>FIO DE NYLON Nº <u>2-0</u></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>FENOBARBITAL</td> <td></td> <td>LÂMINA BISTURI Nº15</td> <td>1</td> <td>FIO DE NYLON Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FENTANILA</td> <td></td> <td>LÂMINA BISTURI Nº23</td> <td></td> <td>FIO POLIGLACTINA Nº <u>0</u></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>FLUMAZENIL</td> <td></td> <td>LÂMINA BISTURI Nº24</td> <td>1</td> <td>FIO POLIGLACTINA Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISOFLURANO</td> <td></td> <td>LÂMINA DE DERMÁTOMO</td> <td></td> <td>FIO POLIGLACTINA Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO</td> <td>1</td> <td>LÂMINA DE ENXERTO</td> <td></td> <td>FIO POLIPROPILENO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO</td> <td></td> <td>LÂMINA DE ENXERTO</td> <td></td> <td>FIO POLIPROPILENO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIDOCAÍNA C/ VASO</td> <td>1</td> <td>AGULHA 13X4,5</td> <td></td> <td>FIO POLIPROPILENO Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIDOCAÍNA S/ VASO</td> <td>1</td> <td>AGULHA 25X07</td> <td>1</td> <td>FIO POLIGLECAPRONE Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MIDAZOLAN</td> <td>1</td> <td>AGULHA 25X08</td> <td>1</td> <td>FIO SEDA Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MORFINA</td> <td>1</td> <td>AGULHA 40X12</td> <td>1</td> <td>FITA CARDÍACA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NIMBIUM</td> <td></td> <td>AGULHA PERIDURAL Nº16</td> <td></td> <td>MATERIAL ESPECIAL</td> <td>QTD.</td> </tr> <tr> <td>PANCURÔNIO</td> <td></td> <td>AGULHA PERIDURAL Nº17</td> <td></td> <td>CATETER DE PIC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PETIDINA</td> <td></td> <td>AGULHA PERIDURAL Nº18</td> <td></td> <td>CIMENTO CIRÚRGICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROPORFOL</td> <td>1</td> <td>AGULHA RAQUI Nº25G</td> <td></td> <td>CLIP TITÂNIO LIGADURA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RAMIFENTANILA</td> <td></td> <td>AGULHA RAQUI Nº26G</td> <td></td> <td>FIO DE KIRSCHNER Nº <u>2.0</u></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ROCURÔNIO</td> <td></td> <td>AGULHA RAQUI Nº27G</td> <td></td> <td>FIO DE KIRSCHNER Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEVOFLURANO</td> <td></td> <td>ALGODÃO ORTOPÉDICO</td> <td>1</td> <td>FIO STEINMAN Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUXAMETÔNIO</td> <td></td> <td>ATADURA DE CREPOM</td> <td>1</td> <td>FIO STEINMAN Nº</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TIOPENTAL</td> <td></td> <td>ATADURA GESSADA</td> <td></td> <td>GRAMPEADOR CIRÚRGICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDICAÇÕES:</td> <td>QTD.</td> <td>BOLSA P/ COLOSTOMIA</td> <td></td> <td>HEMOST. ABSORVÍVEL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADRENALINA</td> <td></td> <td>CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº</td> <td></td> <td>KIT. DERIVA. VENTRICULAR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ÁGUA DESTILADA</td> <td></td> <td>CATETER DE OXIGÊNIO</td> <td>1</td> <td>PRÓTESE VASCULAR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATROPINA</td> <td></td> <td>CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº</td> <td></td> <td>KIT. PAM</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEXTRA</td> <td></td> <td>CATETER EPIDURAL Nº16</td> <td></td> <td>FIXADOR EXTERNO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CEFAZOLINA</td> <td>1</td> <td>CATETER EPIDURAL Nº17</td> <td></td> <td>EMPRESA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEXAMETASONA</td> <td>1</td> <td>CATETER EPIDURAL Nº18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIPIRONA SÓDICA</td> <td>1</td> <td>CERA PARA OSSO</td> <td></td> <td>PARAFUSOS CORTICAIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EFEDRINA</td> <td></td> <td>COLET. URINA FECHADO</td> <td></td> <td>PARAFUSOS CORTICAIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FUROSEMIDA</td> <td></td> <td>COMPRESSAS CIRÚRGICAS</td> <td>1</td> <td>PARAFUSOS ESPONJOSO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GLICOSE 50%</td> <td></td> <td>COMPRESSAS CIRÚRGICAS</td> <td></td> <td>PARAFUSOS ESPONJOSO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GLUCONATO DE CÁLCIO</td> <td></td> <td>DRENO DE PENROSE</td> <td></td> <td>PARAFUSOS MALEOLAR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIIDROCORTISONA</td> <td></td> <td>DRENO DE SUÇÃO</td> <td></td> <td>PARAFUSOS MALEOLAR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIDOCAÍNA GELÉIA</td> <td></td> <td>ELETRODOS</td> <td>1</td> <td>PLACA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ONDASENTRONA</td> <td></td> <td>EQUIPO MACROGOTAS</td> <td>1</td> <td>PLACA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLASIL</td> <td></td> <td>EQUIPO TRANSF. SANGUE</td> <td></td> <td>EQUIPAMENTOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROSTIGMINE</td> <td></td> <td>EQUIPO MICROGOTAS</td> <td></td> <td>() ASPIRADOR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROTAMINA</td> <td></td> <td>ESPONJA DE PVPI</td> <td>1</td> <td>() BISTURI ELÉTRICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TENOXICAN</td> <td></td> <td>ESPARADRAPO</td> <td>1</td> <td>() CAPNÓGRAFO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>GAZES</td> <td>1</td> <td>() CÁRDIOMONITOR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>GAZES ALGODOADAS</td> <td></td> <td>() DESFIBRILADOR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>GEL ELETROLÍTICO</td> <td></td> <td>() FOCO AUXILIAR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JELCO Nº14</td> <td></td> <td>() FOCO CENTRAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JELCO Nº16</td> <td></td> <td>() MICROSCOPIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>agulha de plexo n. 30</td> <td>1</td> <td>() OXÍMETRO DE PULSO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>placa em T 3x3</td> <td>1</td> <td>() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Paraf. Cortical n. 18</td> <td>1</td> <td>() PERFURADOR ELÉTRICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>" " " " n. 16</td> <td>1</td> <td>() SERRA</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº		BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº		BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº		CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº		DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº <u>4-0</u>	1	ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº <u>2-0</u>	1	FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº		FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº <u>0</u>	1	FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº		ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº		LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº		LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº		LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº		LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº		MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	FIO SEDA Nº		MORFINA	1	AGULHA 40X12	1	FITA CARDÍACA		NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.	PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC		PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO		PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA		RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº <u>2.0</u>	1	ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº		SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	FIO STEINMAN Nº		SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	FIO STEINMAN Nº		TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		MEDICAÇÕES:	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL		ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR		ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR		ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM		BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO		CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA		DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18				DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS		EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS		FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSO		GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO		GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR		HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR		LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PLACA		ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA		PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS		PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() ASPIRADOR		PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	() BISTURI ELÉTRICO		TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	() CAPNÓGRAFO				GAZES	1	() CÁRDIOMONITOR				GAZES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR				GEL ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR				JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL				JELCO Nº16		() MICROSCOPIO				agulha de plexo n. 30	1	() OXÍMETRO DE PULSO				placa em T 3x3	1	() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA				Paraf. Cortical n. 18	1	() PERFURADOR ELÉTRICO				" " " " n. 16	1	() SERRA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº <u>4-0</u>	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº <u>2-0</u>	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº <u>0</u>	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	FIO SEDA Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
MORFINA	1	AGULHA 40X12	1	FITA CARDÍACA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº <u>2.0</u>	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	FIO STEINMAN Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	FIO STEINMAN Nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
MEDICAÇÕES:	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PLACA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() ASPIRADOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	() BISTURI ELÉTRICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	() CAPNÓGRAFO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		GAZES	1	() CÁRDIOMONITOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		GAZES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		JELCO Nº16		() MICROSCOPIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		agulha de plexo n. 30	1	() OXÍMETRO DE PULSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		placa em T 3x3	1	() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		Paraf. Cortical n. 18	1	() PERFURADOR ELÉTRICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		" " " " n. 16	1	() SERRA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

Rosaly N. da Silva
Tá. Enfermagem
COREN 971.136



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA



HEETSUL

DATA: 05/17

PRONTUÁRIO: 1000006

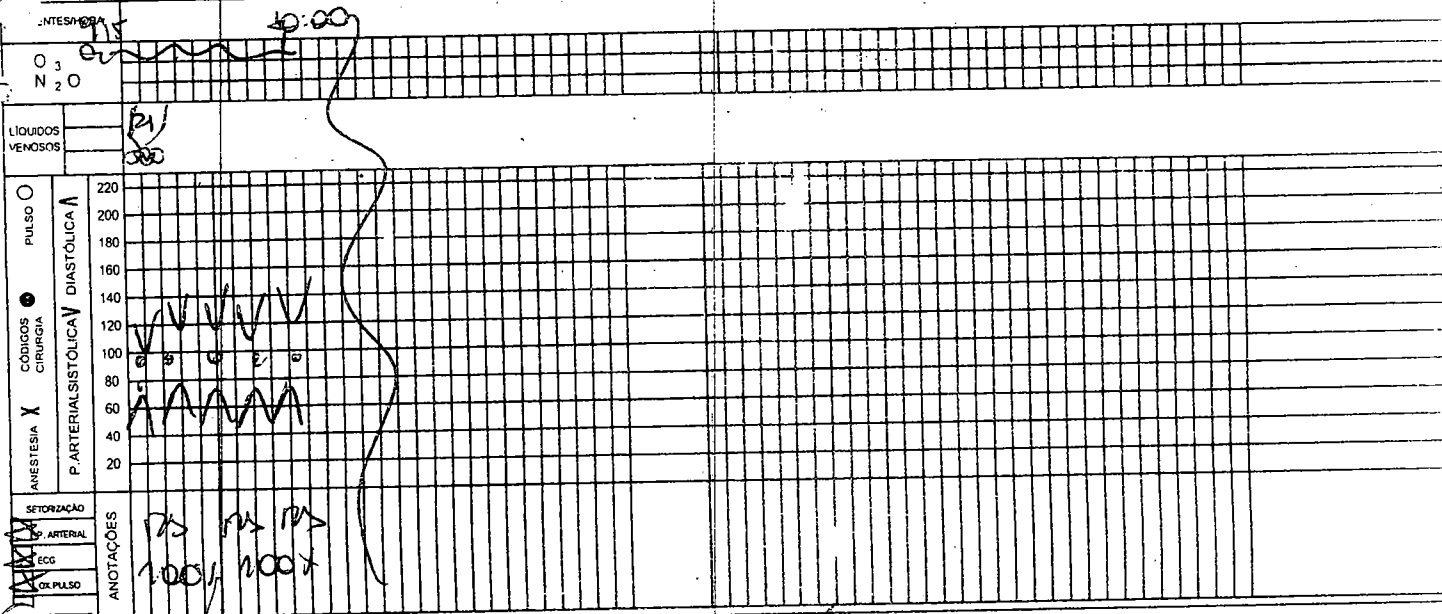
PACIENTE: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

SEXO: M

COR:

IDADE: 36

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUINEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VPM					
AP. RESPIRATÓRIO Eupneú			AP. CIRCULATÓRIO Estável		
AP. DIGESTIVO Jejum		ESTADO MENTAL Lúcido		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA					ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de omero (D)					
CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de Fratura de omero (D)					
CIRURGIÃO Dr. Ricardo		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA 9:15		TÉRMINO DA ANESTESIA 10:15		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184	



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TÉCNICA Bloqueio de plexo braquial via interescalénica + Axilar					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	1. efazolina 20	11			
NaCl	2. dexmetanona 10mg	12			
SANGUE	3. Dipriona 20	13			
RINGER	4. Noradrenalina 1 mg 98. 20ml	14			
TOTAL	5. hidrocarina 4 varo 2x 20ml	15			
DESTINO DO PACIENTE	6. midazolam 5mg	16			
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7. Fentanyl 100mg	17			
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	18			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS URTA	9	19			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	20			

SINCUR/PB

19 SET. 2017

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM 4184

ASSINATURA DO ANESTESISTA:



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

HE-7381

DATA: 31/05/17

PRONTUÁRIO: 1002006

PACIENTE: Gabriel Pereira da Silva SEXO: M COR: IDADE: 56

PRE-ANESTÉSICO: 100% O2 PULSO: 101 RESPIRAÇÃO: 22/93 TEMPERATURA: 36,4 PESO: GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Eupneico AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Nulm ESTADO MENTAL: Lote DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO: Dose/Hora: II ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de nádois

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura de nádois

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo AUXILIARES:

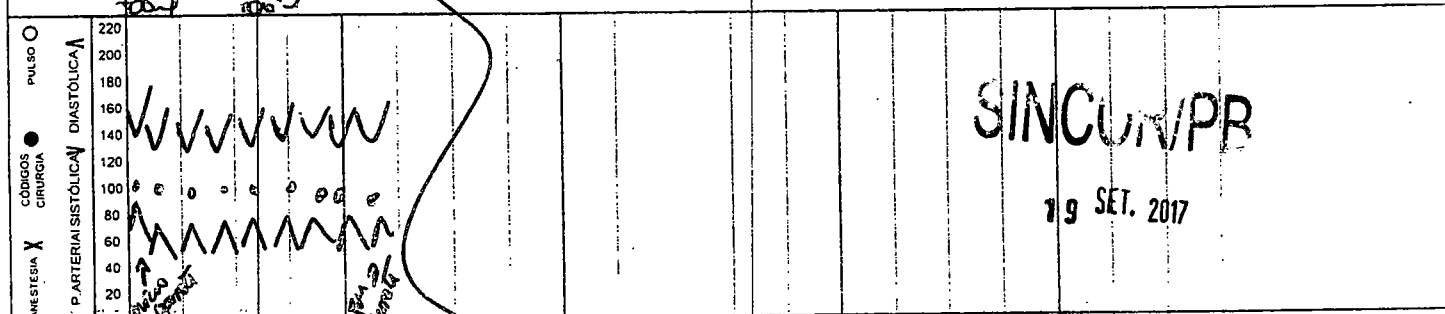
INÍCIO DA ANESTESIA: 07:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 9:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. Abdon CPF: CRM-PB Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184

AGENTES: 2,30 3,00 3,00

LIQUIDOS VENOSOS:



SETORIZAÇÃO: ANOTAÇÕES: 12 12 12 12 12 100% 100% 100% 100%

INESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

TÉCNICA: Dito de anestesia, pcr, todo e cirurgia chocholes, monitorização reversa.

LIQ. Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLUCOSE	1 eufordina 2g	11
NaCl	2 Dexametasona 10mg	12
SANGUE	3 Dipirona 2g	13
RINGER	4 Midolom 5mg	14
TOTAL	5 Fenitoina 100mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6 Lidocaína 2%	16
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 Novobupivacaina 0,5%	17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA	8 Propofol 50mg	18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UPA	9	19
	10	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: 1. Monitorização, bloqueio do plexo braquial via interescaleneal + Axilar com NE 0,5 MA + agulha ASD. 2. Camêrula de Smarch com 1000 GSH.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorso Horizontal
- Solos esterilizados
- Curativo + antisséptico

Incisão:

- Incisão por Planos anatômicos em
região Ltero-lateral do punho D e região
posterior do cotovelo D.

Achados:

① Fratura de Rádio Distal D. e de
Ulna D.

Conduta:

① Drenagem + Hemostasia Cirúrgica.
② Solução de Placa em "T" em
Rádio Distal.
③ Borda de Tensão em Ulna D.
com fio de Cerclagem + 2 Fios de
Kirschner 2.0.

JINCOR/PB

19 SET. 2017

Fechamento:

- Fechamento por planos.
- Póio. + Controle de punho D e
de Ulna D.

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Pedro Romão Dantas
MÉDICO
CRM-PB 9799
RPM-RN 8224

João Pessoa, 31/05/17



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6086551

REFERENCIAL



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2017

GABRIEL PEREIRA DA SILVA
RUA PINHEIRO MACHADO 21

SESI

58305- 220

BAYEUX

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
002.02.135.0057	0	1	0	0	0	6086551
Hidrômetro A01A014737	Data de Instalação 11/05/2009	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
33	33	0	31	25/09/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
FEV/2017	5	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2017	0	0	COL.TOTAIS	70	72	72
ABR/2017	5	42	CLORO	70	72	72
MAI/2017	5	42	COL.TERMOT	0	0	0
JUN/2017	5	42	COR	16	40	40
JUL/2017	5	42	TURBIDEZ	70	72	72
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: JUL/2017			

DATA DA LEITURA: 28/08/2017

HORA DA LEITURA: 12:39:28

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6.13 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

08/09/2017

Total a Pagar:

R\$66,31

v. 16.12 R. 1.0



INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

SINCOR/PR

19 SET. 2017

(83) 9 8694-7887



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA,

RG nº 3690469, data de expedição 16/03/12, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 014.101.514-41, 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)	<u>AV. NEGÓ</u>
Número	<u>720</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TAMBAÚ</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58039-101</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9936-0802</u>
E-mail	<u>GABILIMA-FE@HOT.MAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 19 DE SETEMBRO DE 2017

Assinatura do Declarante: Gabriele Moreira Lima Oliveira

SINCOR/PR

19 SET. 2017



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
 INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

260207**REFERENCIA****CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS****SET/2017**

CYBELEI DANTAS
AV NEGO 720

TAMBAU**58039- 100****JOAO PESSOA**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.39.500.0105	0	Residencial	Comercial	Industrial	Público	260207
		0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y10X397334	06/04/2011	3	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA
 554 567 13 32 02/10/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914-11-MS

PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
MAR/2017	8	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
ABR/2017	6	0	TURBIDEZ	294	300	298
MAI/2017	8	0	COR	77	101	101
JUN/2017	11	0	CLORO	294	300	299
JUL/2017	8	0	COLIFORMOT	0	0	0
AGO/2017	21	0	COLIFORMAIS	294	300	300
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A: JUL/2017			

DATA DA LEITURA: 04/09/2017 HORA DA LEITURA: 09:21:20

DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

COMERCIAL CONSUMO ATE 10m 10 65,74 59,16 R\$124,90

ACIMA DE 10m 3 34,17 34,17 R\$68,34

TOTAIS 99,91 93,33

047-JUROS DE MORA R\$0.5

050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT. R\$7.5

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$17.87 PIS E COFINS. LEI, 12.741/12.

VENCIMENTO:**17/09/2017****Total a Pagar:****R\$201,24**

v.16.12 R. 1.0



INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
 INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
 WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
260207	SET/2017	17/09/2017	R\$201,24

82610000002-3 01240010820-0 02602070920-5 17000000002-7

**SINCOR/PB****19 SET. 2017**



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 3690469 2ª via, expedido por SSDS / PB, em 16 / 03 / 12, CPF/CNPJ nº 014.101.514-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) GABRIEL PEREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima GABRIEL PEREIRA DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADA Renda Mensal: R\$ 1.200,00

Documentos comprobatórios: NADA

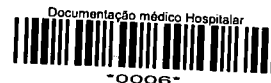
Gabriele Moreira Lima Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SINCUM/PR

19 SET. 2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Gabriel Pereira da Silva
DATA DE NASCIMENTO 04/11/60
NOME DA MÃE Maria Madalena Pereira da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102145
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1002006
DATA DO ATENDIMENTO 21/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de olécrano D e rádio distal D.
CID 10 S52.0 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando dor, edema em cotovelo e punho direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cotovelo e punho direitos.

SINCOR/PP

RESULTADOS DOS EXAMES:


RX: fratura de olécrano D, fratura de rádio distal D.

19 SET. 2017

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de olécrano e rádio distal direitos.

ALTA HOSPITALAR: 01/06/17
DATA DA EMISSÃO: 14/08/17


Dr. Juan Jaime Aleoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1226852615

PROIBIDO PLASTIFICAR
1226852615

NOME
GABRIEL PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
995269 SSP PB

CPF
425.684.554-20 DATA NASCIMENTO
04/11/1960

FUNÇÃO
EDUARDO JOSE PEREIRA
MARIA MADALENA PEREIRA
DA SILVA

PERMISSÃO ACC CALHAS
A

Nº REGISTRO
06280248690 VALIDADE
16/05/2019 1ª HABILITAÇÃO
14/01/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
19/01/2016

64421055882
PB031979140

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



SINCOR/PB

19 SET. 2017



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
Identidade de Advogado

Nº DA INSCRIÇÃO 24100	DATA DA EXPEDIÇÃO 11/04/2017	VALIDADE 11/07/2017
NOME GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA		
FILIAÇÃO FERNANDA DE ASSIS MOREIRA LIMA SANDRO ROBERTO DA SILVA OLIVEIRA		
NATURALIDADE João Pessoa	DATA DO NASCIMENTO 18/12/1993	
R.G. 3.690.469	C.I.C. 014.101.514-41	
ASSINATURA DO PRESIDENTE Paulo Antonio Maia e Silva Presidente da OAB/PB		

Uso obrigatório. Validade nacional para todos os fins legais (Art. 13 da Lei 8.906/94).



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO PORTADOR

Gabriele Moreira Lima Oliveira

OBSERVAÇÕES E IMPEDIMENTOS



SINCOR/PB

19 SET. 2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012876597133
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0025866668 - 9 00700000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
GABRIEL PEREIRA DA SILVA

42568455420 NOG3488/PB

NOVO PB 9C2KD0520AR089697

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC AEC9/GASOL

HONDA/NXR150 BROS MIX ES 2010 2010

2 P/149 /CI PARTEC PRETA DOMINANTE

IPVA 00000000 21/11/2016 VENC / COTAS

IPVA 00000000 21/11/2016 1º 2º 3º

PREMIO 00000000 SEGURO 00000000 21/11/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

BAYEUX 21/11/2016

366 8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 012876597133 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GABRIEL PEREIRA DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00326222228 NOVA 2016 21/11/2016

GABRIEL PEREIRA DA SILVA PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

42568455420 NOG3488/PB

00258666668 HONDA/NXR150 BROS M

PRÊMIO TARIFÁRIO

2010 9 9C2KD0520AR089697

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

8290-0903375-20161121

SINCUR/PR
19 SET. 2017

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6086551

REFERENCIAL

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2017

GABRIEL PEREIRA DA SILVA
RUA PINHEIRO MACHADO 21

SESI

58305- 220

BAYEUX

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
002.02.135.0057	0	1	0	0	0	6086551
Hidrometro	Data de Instalação		Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
A01A014737	11/05/2009		4	LIGADO	LIGADO	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
33	33	0	31	25/09/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
FEV/2017	5	4	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAR/2017	0	0	COL.TOTAIS	70 72 72
ABR/2017	5	42	CLORO	70 72 72
MAI/2017	5	42	COL.TERMOT	0 0 0
JUN/2017	5	42	COR	16 40 40
JUL/2017	5	42	TURBIDEZ	70 72 72
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: JUL/2017	

DATA DA LEITURA: 28/08/2017

HORA DA LEITURA: 12:39:28

DESCRICAÇÃO

	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6,13 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

08/09/2017

Total a Pagar:

R\$66,31

v. 16.12 R. 1.0



INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)

NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170522577

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 21/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do rádio direito, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170522577

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 21/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano à direita. Fratura distal do rádio à direita.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta dor à palpação e aos movimentos do cotovelo e punho à direita. Déficit da mobilidade da rotação do punho e mão à direita e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉ CELINO KUBITSCHEK, 644 - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (83) 3211-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de GABRIEL PEREIRA DA SILVA, [101842], J. Pessoa-PB, 13/09/2017 16:30:39 Emol R\$9,23 Farpen: R\$0,27 Fepi: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AFT43928-LR0C - Comput. em [Assinatura] em [Assinatura]
<https://selodigital.tpbvius.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

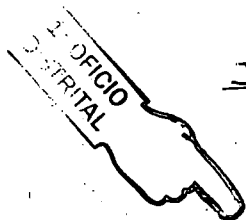
Nome: GABRIEL PEREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: VIGILANTE
Identidade: 995269 SSP/PB CPF: 425.684.554-20
Endereço: RUA PINHEIRO MACHADO, 21, SESI, BAYeux, PARAIBA.

OUTORGADO:

Nome: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 3690469 SSDS/PB CPF: 014.101.514-41
Endereço: AV. NEGÓ, 720, TAMBAÚ, JOÃO PESSOA/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 às 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, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

GABRIEL PEREIRA DA SILVA



JOÃO PESSOA, 13 de SETEMBRO de 2017.
Local e data

INCUR/PR

19 SET. 2017

[Assinatura]

Assinatura do Outorgante

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **GABRIEL PEREIRA DA SILVA** Sinistro: **3170522577** Data: **21/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Pinheiro Machado, 21 - Sesi - Bayeux - PB - CEP 58305-220**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **995269**

Data local do exame: [**16/10/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do olécrano à direita. Fratura distal do rádio à direita. . Ao exame vítima apresenta dor à palpação e aos movimentos do cotovelo e punho à direita. Déficit da mobilidade da rotação do punho e mão à direita e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Submetido a tratamento cirúrgico

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB