

---

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](http://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](http://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 inicio 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,



---

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

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11867109

A/C: GABRIEL PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170522577 ASL-0365893/17  
Vitima: 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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: 00000016889-8

---

Nr. da Autenticação 8D2B0B1674857383

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



0014\*

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO 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 PERCIRA DA SILVA

POR(DA) DO RG N° 995269 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01/09/99 E

CPF 425684554-20 /CNPJ 00000000-0000-00, 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 PERCIRA 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 Lotáticas 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](http://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.**

19 SET. 2017

**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

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

04/11/160



SINCUR/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 ALCoba 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

**SINCER/PR**

19 SET. 2017

Procedimento Policial: 01663.01.2017.1.00.420

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião - em -13/09/2017 16:34:08  
Enol:R\$2,31 FEPJ R\$0,12 FARFEN:R\$0,39 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AFS61068-HN80 Consulte em  
<https://selodigital.tppb.jus.br/cartorioceleida.com.br>

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 425.694.554-20 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

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

Boletim de Atendimento: 1002006

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 MUNICIPIC
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
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				Clinica
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	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico	19 SET. 2017			CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA				Tempo 01min 29seg

INCORPPB

Imprimir

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRON



BE.: 1002006

SETSHL

GABRIEL PEREIRA DA SILVA

DT. NASC.: 04/11/1960

MAE: MARIA MADALENA PEREIRA DA SILVA

END.: PINHEIRO MACHADO

N. 21 - SESI

BAYEUX

FONE: (83)

CELULAR: (83) 900000000

IDADE: 56

DT. ENTRADA: 21/05/2017 17:37:43

Policia

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA:  Domicílio  Ambulância de resgate  Ambulância SAMTIPO DE ACIDENTE:  Moto  Automóvel  
 Envenenamento  Incêndio  Explosão Ônibus  Bicicleta  Atropelamento  
 Arma de Fogo  Arma branca  Outros:TIPO DE LESÃO:  Fratura fechada  Ferimento aberto  
 Mordedura  Objeto encravado  Ferimento contínuo Esmagamento  Laceração  Queimadura  
 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 Isocôricas  Midriase Anisocôricas  Miose

Sistema Respiratório:

 Ventilação invasiva Vias aéreas périvas Traqueostomia Obstrução parcial das vias aéreas Respiração ruidosa Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

 Pulso ausente Perfusion tissular satisfatória Taquicardia Perfusion tissular comprometida Palidez Outros:

Sistema Digestório:

 HDA Dor à palpação superficial HDB Dor à palpação profunda

Outros:

 Vômitos  Rrigidez abdominal  Distensão abdominal Corpo estranho  SVD  Outros:

Sistema Genito-urinário:

 Disúria Diabetes  Câncer  Alergias  Cirurgias Hematúria Oligúria Poliúria SVD  Outros: SVD Outros:

# 1º Atendimiento =

SINCUNPP  
19 SEI. 2017

Paciente vítima de queño de moto presentando dolor + edema ole lotovelo e perna.

- Cond:
- Rx de ole lotovelo + PA/P.
  - Rx de perna + PA/P.
  - Pº ortopédico
  - Alto do lirungo gen.

Sinfodir:

Ranite con frintum elevado, 1 óvelas abajo  
Confort: 3/10 en dolor - 10/10 en confort

Antônio Furtado  
Cirurgião Dentista  
CRM-SP

1007

090

420

47



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Gabriel Peres Dr. Sch.

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____ _____		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____		4 - CNES _____ _____		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE _____		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>100.2006</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ _____		8 - DATA DE NASCIMENTO / / _____		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Gabriel Pereira da Silva</i>		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO _____		
15 - UF _____		16 - CEP _____		
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> _____				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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 _____
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>placa em t 3x3 -0 01</i> <i>Parag. cortical 18-0 01</i> <i>11 " 16 - 02</i> <i>Foram realizadas n. 2.0 -0 02</i> <i>Agulha no plexo n. 50 -0 01</i>			<i>DR. CUR/PR</i> <i>19 Set. 2017</i>	
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>/ /</i>	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Pedro Ribeiro</i> <i>MÉDICO</i> <i>CRM PB 9799</i> <i>CRM RN 5224</i>		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR _____
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Joséval Pereira Siqueira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 31/10/17  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Pedro Romão Dantas 1º Assistente: Hellen  
 2º Assistente: Pedro Fonseca 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
(1) Fratura do rádio distal D.		
(2) Fratura do olecrâneo D.		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
(1) Tratamento cirúrgico de Fratura do rádio distal D.	
(2) Tratamento cirúrgico de Fratura do olecrâneo D.	
(2) Fratura de olecrâneo D.	

SINCUVPR

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 9795  
CRM-RN 8229

João Pessoa, 31/10/17

**Nota de Sala Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE:		Gabriel Pereira da Silveira		
IDADE:	56	BE:	paciente	PRONTÁRIO:
CIRURGIA:	TTO	cirurgia: quai ressecção Destal (SINCLAV/PR)		
CIRURGIA:	Ricardo Roriz	1'AUX.	Gloria Maran	2'AUX.
ANESTESIA:	Bloqueio de Pletro			19 SET. 2017
ANESTESISTA:	Alcione			
INSTRUMENTADOR:				
DAT	31/5/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	: FIM:	CIRURGIA: INÍCIO: 7:30 FIM: 9:10
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)				
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 4-0
ETOMIDATO		SOLUÇÕES QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N° 2-0
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N° 0
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDÍACA
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MÚLTIVIAS	CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°9
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SÔNDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SÔNDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SÔNDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SÔNDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SÔNDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SÔNDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SÔNDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SÔNDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SÔNDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SÔNDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAYNA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD. ( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAGO	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CÁRDIONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14		( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16		( ) FOCO CENTRAL
		<i>agulha de Pletro n. 50</i>		( ) MÍCRÓSCOPIO
		<i>espuma para 3x3</i>		( ) OXÍMETRO DE PULSO
		<i>Parafuso contínuo n. 18</i>		( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
		<i>16</i>		( ) PERFORADOR ELÉTRICO
				( ) SERRA
<i>Rosângela G. S. Silva</i>				
Técnico Enfermeiro				
COREN 971.136 F(NG)ASCIR 021-2				



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# FICHA DE ANESTESIA

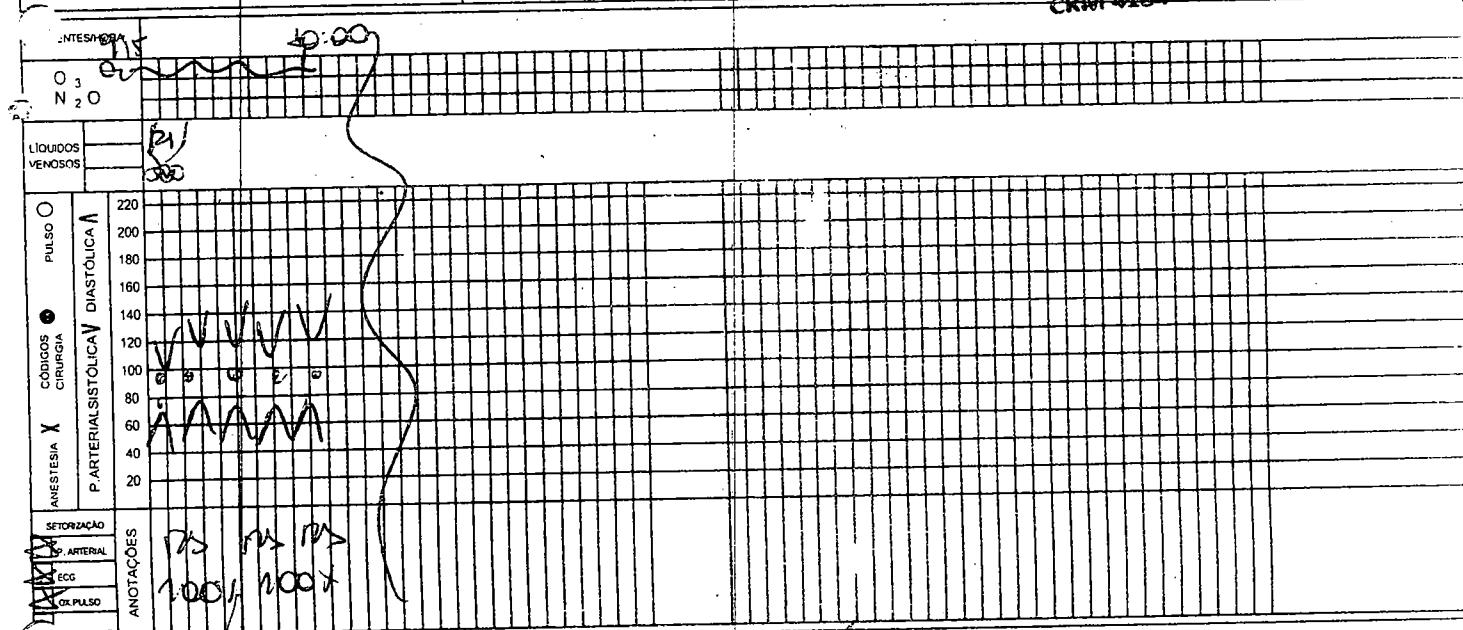


HEETSUL

DATA: 05/17

PRONTUÁRIO: 1003006

PACIENTE: GABRIEL PEREIRA DA SILVA	SEXO: M	COR: S	IDADE: 36	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM		AP. CIRCULATÓRIO Estavel		
AP. RESPIRATÓRIO Supnus				
AP. DIGESTIVO Térm	ESTADO MENTAL	Voz	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA				2
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de clavado (D)				
CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico da Fratura de clavado (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 R\$		
ANESTESISTA	CPF	Dr. Abdon Moreira Lustosa CRM-PB 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 nervo fráquido via interescalâmica + Axilar					
LIQUIDOS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLUCOSE	1. etazoline 20	11			
NACL	2. Dexametasona 10mg	12			
SANGUE	3. Dipronea 20	13			
RINGER	4. Novacupri u vaso 0.5. 20ml	14			
TOTAL	5. lidocaína a vaso 2x 20ml	15			
DESTINO DO PACIENTE	6. midazolam 5mg	16			
<input type="checkbox"/> APT*	7. Fentanyl 100mcg	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8.	18			
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	9.	19			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS VRPA	10.	20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
<p>Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184</p>					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
F.(NG).ASCIR.026-1					



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 31/05/17

PRONTUÁRIO: 1002006

MESES

PACIENTE: Gabriel Perreira da Silva		SEXO: M COR: IDADE: 56	
PRESA AERIAL	PULSO: 101	RESPIRAÇÃO: 20-25 TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP. RESPIRATÓRIO	Espústula	AP. CIRCULATÓRIO	Estável
AP. DIGESTIVO	Tijum	ESTADO MENTAL	VPM
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSSE/HORA		II	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de rádio (D)		
CIRURGIA REALIZADA	Tratamento cirúrgico de fratura de rádio (D)		
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	
AGENTE SOMBRA	8:00	9:00	
LÍQUIDOS VENOSOS	P1	P2	
PULSO O	220	200	
CÓDIGOS CIRURGIA	180	160	
X ANESTESIA P. ARTERIAL SISTÓLICA	140	120	
P. DIASTÓLICA	100	80	
SETOPIGA	60	40	
<input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL	128	118	
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	128	118	
<input checked="" type="checkbox"/> CAPS	100	100	
ANOTACOES	100	100	
SINC/PR 19 SET. 2017			
<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: Brachio de anestesia, pct, todo e cirurgia chocalos monocular revidec.			
LIQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GUCOSE	1 epofezina 2g	11	
NACL	2 Dexametasona 10mg	12	
SANGUE	3 Dipirona 2g	13	
RINGER	4 Fluocitidom 5mg	14	
TOTAL	5 Fentanil 100mcg	15	
DESTINO DO PACIENTE	6 Glidocatina c/vans 2%	16	
<input type="checkbox"/> APT	7 Novacaine c/vans 0,5%	17	
<input type="checkbox"/> UTI	8 Propofol 50mg	18	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	9	19	
10		20	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Fratura prévia RISE, bat monitorizado, bloquio da pleura brônquio via intercostal + Axilar com NE 0,5 mA + aquiflux ASD. Semelha bala de Smarch curvado 10x65cm.			
ASSINATURA DO ANESTESISTA			
 Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184			



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito
- Selos estéicos
- Laringoscópio + cateterografia

## Incisão:

- Incisão por planos anátomicos em região antero-lateral do punho e a região posterior do cotovelo

## Achados:

- ① Fratura de Rádio Distal D. e de Olecrano D.

## Conduta:

- ① Fixação + Hematoma controlado.
- ② Sutura da pele em T em Rádio Distal.
- ③ Fecho de Tensão em olecrano D. com fio de cerclagem + 2 fios de Kirschner D.O.

JINCUR/PB

19 SET. 2017

## Fechamento:

- Fechamento por planos
- Fazendo a costela de punho D. de olecrano D.

## Observação:

Médico/CRM:

Jr. Pedro Romão Dantas  
 MEDICO  
 CRM-PB 9799  
 CRM-RN 8224

João Pessoa, 31/05/17



**CAGEPA**

**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA**  
**Rua Feliciano Címe, 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**  
**REFERÊNCIA**

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS		REFERENCIA AGO/2017	
GABRIEL PEREIRA DA SILVA RUA PINHEIRO MACHADO 21			
SESI BAYEUX	58305- 220		
<b>Inscrição</b>	<b>SMI</b>	<b>Quantidade de Economias</b>	<b>Responsável</b>
002.02.135.0057	0	Residencial 1 Comercial 0 Industrial 0 PÚBLICO 0	6086551
Hidrômetro A01A01473	Data da Instalação 11/05/2009	Localização 4	Situação Água LIGADO Situação Esgoto LIGADO
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM. DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA			
33	33	0	31 25/09/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.  QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MT			
FEV/2017	5	4	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME
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
MÉDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: JUL/2017
DATA DA LEITURA: 28/08/2017		HORA DA LEITURA: 12:39:28	
DESCRICAÇÃO RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	CONSUMO 10	VL ÁGUA 36,84	VL ESGOTO 29,47 TOTAL(R\$) 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 CAG/INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL			
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES) NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.			
INFORMAÇÕES GERAIS: ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR			

SINCERITY

19 SET. 2017

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6.13 PIS E COFINS. LET 12.741/12

**VENCIMIENTO**

**VENCIMENTO:** 08/08/2017 **R\$66,31**

x 16.12 R 1.0

**CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICAO DO EATURAMENTO: MEDIA  
TIPO DE TARTA: NORMAL**

AGENDACAO DO TATUAMENTO: MEDIA TIPO DE  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
NAO EXISTE(M) CONTAS(S) ANTER EM DEBITO

1016 EXISTE(M) CONTA

INFORMAÇÕES GERAIS:  
ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
[WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR](http://WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR)

www.ijerpi.org

(83) 9 8694-7887



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA,

RG nº 3690469, data de expedição 16/03/19, Órgão SSD/S/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. IV E GO</u>
Número	<u>720</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TAMBÁU</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@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Gabrielle Moreira Lima Oliveira

**SINCUR/PR**

19 SEI. 2017



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Crnre, 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 AGUA / ESGOTC E SERVICOS

SET/2017

**CYBELEI DANTAS**  
AV NEGO 720

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.39.500.0105	0	0	1	0	0	260207
Hidrômetro Y10X397334	Data de Instalação 06/04/2011	Localização 3	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA

554	567	13	32	02/10/17
HIST. DE CCNS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914-11-MS				
MAR/2017	8	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. 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	COLIFORMES	0 0 0
AGO/2017	21	0	COLIFORMES	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 AGUA	VL ESGOTO
COMERCIAL CONSUMO ATE 10m	10	65,74	59,16
ACIMA DE 10m	3	34,17	34,17
TOTAIS		99,91	93,33
047-JUROS DE MORA			R\$0,5
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$7,5

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

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

v.16.12 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
NAO EXISTE(N) 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 PARAÍBA

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

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



**SINCUR/PR**

**19 SET. 2017**



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 3690469 26v1a, expedido por SSS/PR, 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 PERCIRA 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

**SINCER/PR**

19 SET. 2017



Documentação médica Hospitalar  
-0006-

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.

SINCUR/PR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

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

19 SET. 2017

### TRATAMENTO:

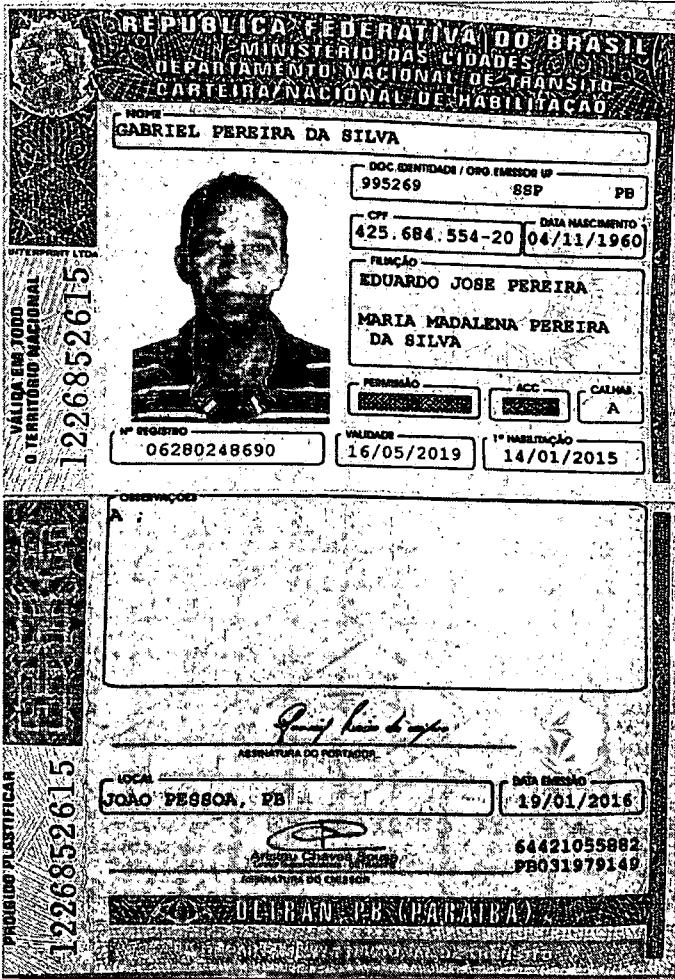
Tratamento cirúrgico de fratura de olécrano e rádio distal direitos.

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



Documentos de Identificação



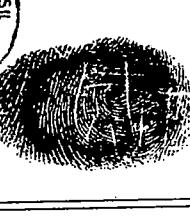
0012\*

SINCUR/PR

19 SET. 2017

 <b>ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL</b> <b>CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA</b> <b>Identidade de Advogado</b>		
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	TELEFONE 014.101.514-41	
ASSINATURA DO PRESIDENTE <del>Paulo Antonio Maia e Silva</del> <del>Presidente da CAB/PB</del>		

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

 <b>POLEGAR DIREITO</b>	
ASSINATURA DO PORTADOR	
<i>Gabriele Moreira Lima Oliveira</i> OBSERVAÇÕES E IMPEDIMENTOS	



JNCur/PB

19 SET. 2017



**CAIXA**

POUPANÇA

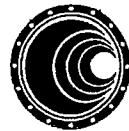


603689 0010 48343 1839

GABRIEL PEREIRA DA SILVA



1911 013 00016889-8 07/21

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6086551

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

AGO/2017

GABRIEL PEREIRA DA SILVA  
RUA PINHEIRO MACHADO 21

SESI 58305- 220

BAYEUX

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Commercial	Industrial	
002.02.135.0057	0	1	0	0	0

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A01A014737	11/05/2009	4	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA 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
MÉDIA(H)	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 ATÉ 10m	10	36,84	29,47
			R\$66,31

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

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
08/09/2017	R\$66,31

v. 16.12 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGENDAÇAO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:  
ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
[WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR](http://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 predizer 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** Ao exame vítima apresenta dor à palpação e aos movimentos do cotovelo e punho à direita. Déficit da mobilidade da **médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE".



## CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVICO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, 640 - ERNESTO GEISEL - CEP: 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078  
 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. Tabelia CELEIDA GABRIEL PEREIRA SILVA. Selo  
 Digital AFT43928-LRC Consultar em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br/certificado/celida.com.br>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: GABRIEL PEREIRA DA SILVANacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIROProfissão: VIGILANTEIdentidade: 995269 SSP/PB CPF: 425.684.554-20Endereço: RUA PINHEIRO MACHADO, 21, SESI, BAYUX,  
PARAÍBA.

## OUTORGADO:

Nome: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRANacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRAProfissão: ADVOGADAIdentidade: 3690469 SSDS/PB CPF: 014.101.514-41Endereço: 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 SILVA1º OFÍCIO  
DISTRITAL

JOÃO PESSOA, 13 de SETEMBRO de 2017

Local e data

19 SET. 2017

INCUR/PR

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

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

% 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