

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI: 917-023-804-91 CPF da Vítima: 917-023-804-91 Nome completo da vítima: Jose Jamio da Silva Gabriel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jose Jamio da Silva Gabriel CPF titular da conta: 917-023-804-91 Profissão: duiteiro
Endereço: Unia Inacema Ribeiro 62 Número: 62 Complemento:
Bairro: Atel Santiago Cidade: Santa Rita Estado: PI CEP: 58300-970
Email: Zeduardosilva@hotmail.com Telefone (DDD): 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | |
| AGÊNCIA NÚM <u>3348</u> <small>(Informar dígito se existir)</small> | CONTA NÚM <u>00004577</u> <small>(Informar dígito se existir)</small> | BANCO Nome AGÊNCIA NÚM <small>(Informar dígito se existir)</small> |

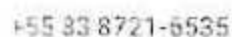


Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jose Jamio da Silva Gabriel de maio de 2018
Local e Data

Jose Jamio da Silva Gabriel
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



1990th US 12-39



ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 11/19/2010 BY 60322 UCBAW/STP
EXEMPT FROM: 25X(2)

AGENCIA: SIAE TIBORI
CASA: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836

EXTEND TO DATE 5/10/21/2004-2004

SALES FOR DATA LIMIT
DEPOSITS REALIZATIONS ARE 08/09/2012

DATA 05/05/85
EXERCIZIOS REALIZZATI A PARTIRE DA 05/05/2012
DATA 05/05/85

| | | | |
|-------|----------|------|------|
| DATA | IN | FILE | 41.0 |
| SALIN | ANTERIOR | | 41.7 |

| | | | |
|---------|--------|--------|--------|
| 10-1987 | 200000 | 200000 | 200000 |
| 10-1988 | 200000 | 200000 | 200000 |

REC'D BY 15/88

Figure 1. The effect of the concentration of the solution on the adsorption of the dye.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Nº Sinistro: 3180183555

Vitima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Data do Acidente: 06/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183555**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12718626



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº 12774488

A/C: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180183555 ASL-0143600/18
Vitima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





AUTO-ATENDIMENTO - TIBIRI

DATA: 21/03/2018

HORA: 11:52:15

TERMINAL: 33481001

CONTROLE: 334810010313

AGÊNCIA: 3348 - TIBIRI

CUNTA: 013.00004577-5

CLIENTE: JOSE JANTO DA SILVA GABRIEL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

| DATA | NR.DOC | HISTORICO | VALOR |
|------|--------|-----------|-------|
|------|--------|-----------|-------|

| | | | |
|----------------|--|--|--------|
| SALDO ANTERIOR | | | 10,590 |
|----------------|--|--|--------|

Março

| | | | |
|-------|--------|------------|-------|
| 05/03 | 000000 | REM BASICA | 0,000 |
|-------|--------|------------|-------|

| | | | |
|-------|--------|------------|-------|
| 05/03 | 000000 | CRED JUROS | 0,000 |
|-------|--------|------------|-------|

RESUMO EM 20/03

| | |
|-------|--------|
| SALDO | 10,730 |
|-------|--------|

RESUMO DO DIA

| | |
|-----------------|------|
| SALDO BLOQUEADO | 0,00 |
|-----------------|------|

| | |
|------------------|--------|
| SALDO DISPONIVEL | 10,730 |
|------------------|--------|

| | |
|-------------|--------|
| SALDO TOTAL | 10,730 |
|-------------|--------|

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 342, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos TRES dias do mês de MAIO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL, conhecido por JOSE, Identidade nº 1.664.189-SSPPB, CPF nº 917.023.804-91, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciado, profissão: duteiro, filho(a) de Josebias Gabriel e De Rosete Da Silva Gabriel, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/11/1972 (44 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iracema Ribeiro, 62, Heitel Santiago, tendo como ponto de referência: XXXX, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98721-6535;

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 06 de 08 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 07h:0min;
- 4) LOCAL: CENTRO DE SANTA RITA;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM, UMA MOTOCICLETA HONDA FAN CG 150;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, E ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA CG 150 FAN ESDI, DE COR VERMELHA, FLEX, ANO MODELO 2014/2015, CHASSI 9C2KC1589FR503148 DE PLACA QFB 0459 MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, DE PROPRIEDADE DE JOSEILDO DA SILVA GABRIEL.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA UM POUCO ATRAS E NO MESMO SENTIDO DA AVENIDA, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO DO NOTIFICANTE NO MOMENTO QUE O MESMO IRIA VIRAR A ESQUERDA, DISSE QUE HAVIA SINALIZADO COM ANTERCEDENCIA A INTENÇÃO DA MANOBRA, MAS O MOTOCICLISTA NÃO VIU E TERMINOU COLIDINDO, AMBOS CAIRAM AO CHÃO, O MOTOCICLISTA INFRATOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR NENHUM SOCORRO A VÍTIMA, QUE NO LOCAL PERMANECIU AGUARDANDO O SOCORRO COM FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA; DISSE QUE QUEM O SOCORREU FOI O CORPO DE BOMBEIROS, QUE O CONDUZIU AO COMPLEXO HOSPITALAR SUPRA, ONDE DEU ENTRADA AS 09h00min NO MESMO DIA DO ACIDENTE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE Nº 874.666 E PRONTUÁRIO Nº 2016.08.000431.

9) OBSERVAÇÕES:

NADA A CONSTAR

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

Jose Janio da Silva Gabriel
JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL - Comunicante
[Assinatura]
Escrivã(c)/Agente

23 ABR. 2017

PROTOCOLO

1000 PES

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Janio de Silva Gabriel

CPF da Vítima

917.023.804-91

Data do Acidente

06.08.16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 20 de março de 2018

Local e Data

João Janio de Silva Gabriel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO


Nº. 0358/2017

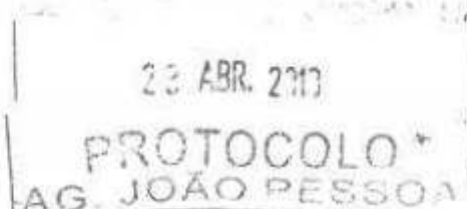
Atendendo solicitação de **JOSÉ JANIO DA SILVA GABRIEL** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°874666 e prontuário N° 2016.08.000431 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 06/08/2016 às 09h00min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Indicado procedimentos cirúrgicos que foram realizados dia 06/08 e 31/08/2016. Alta dia 15/09/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Março de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



UNIC. MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL DE MANCABEIRA
R. JOSE JOSE COSTA DUARTE, S/N
58050-384 JOAO PESSOA FONE: (31) 3214-1980
FAX: (31) 3214-1991 CNPJ: 07.002.434/0001-28

Ficha Nr: 874666 Atd: Nao Regula
Data: 05/08/2016
Hora: 09:03:23
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Num. de vezes atendido: 1

Num. prontuario: 2016.08.000431

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987216535

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 30/11/1972 Id: 43 ano(s)

End.: RUA TRACEMA RIBEIRO, 60

Bairro: BOM SANTIAGO Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: JOSE CARLOS DA SILVA SILVA

Mae: ROSETE DA SILVA

Ocupação: FUMITEIRO

Informações de entrada

Recebeu: RAIMUNDO PEREIRA (CORPO DE BOMBEIROS)

Tempo de internação: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Exatidão: TODA PARTE DO ACIDENTE

Fonte utilizada: CORPO DE BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO DE

Vitima de acidente por: MOTO X MOTO NO CENTRO DE SANTA RITA PROX A CAIXA

Vitima de violência por: ECONOMICA AS 07:40 CONDOTOR FUND INCOMPLETO

Uso Policial

EX-CONSULTA

TIPO DE CONSULTA: CONSULTA

PA: 23

PI: 12

Peso: 100kg

Altura: 1,70m

Cor: Branco

Cor dos olhos: Verde

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

| | | | |
|---|-------------------|---|-----------|
| 1 | Aparentemente Bem | 1 | Grave |
| 1 | Politraumatizado | 1 | Convulsao |
| 1 | Hemorragia | 1 | Diapirese |
| 1 | Diarreia | 1 | Agitado |
| 1 | Regular | 1 | Chocado |
| 1 | Vomito | | |
| | Observacao | | |

Q. 1 - Principal

Q. 2 - Em moto moto

Exame físico - Hora do atendimento médico: Paciente vítima de queda
de moto de 1ª e 2ª hora. Nega perda de consciência ou
vômitos. Apresenta fratura da perna E.

Exame físico

Conduta

RX
Alta de car. geral
Análise de ent. parte

Exame físico

Exame físico

Jhonatan Franca
Cirurgião Geral
CRM 6696
CREMEPE 20169

23 ABR 2016

PROTOCOLO

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

23 ABR. 2017

PROTOCOLO*
AG JOÃO PESSOA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Ordem | Medicamentos | Dose | Horario | Exclusão |
|-------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROVIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Assistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Atestado ☐ SVD ☐ OMI

[Handwritten Signature]

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

JOSEBIAS GABRIEL
 RUA ANA PRACENA REBO, 511 - EST. SANTAS
 SANTA RITA / PB CEP: 55320-000 (AG-7)
 Emissão: 26/02/2018 Referência: Fev / 2018
 Classe Supr: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (MAGNABICO B330, 4M25 - Crist Redutor - Jato Petrol PB - CEP 55071-620)
 Rogers 15 - 9 - 340 - 8700 (5 medidor 00008906228)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 CNPJ: 06.945.183/0001-40 - Ins. Est. 18.016.033.0
 Nota Fiscal/Conta de Energia: 00013300046
 Cod. para Deb. Automático: 00013300046

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**
 Fev / 2018 26/02/2018 27/03/2018 17683319449
 UC (Unidade Consumidora): **5/1335004-6**

Canal de contato

• Ligar ou chamar no celular? Hora de chamar um especialista de confiança. Não esqueça a segurança. De um banho de segurança.
 • Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor do Dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------------------|-------------------------------|------------|---------|--|
| Data 25/01/18 | Data 26/02/18 | | 26 | 32 |
| Leitura 63 | Leitura 86 | | | |
| Demonstrativo | | | | |
| Qtd | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Calc. Alíq. |
| | | | | 10m(R\$) Base Calc. Pac(R\$) Coluna(R\$) |
| | | | | Tributos Totais(R\$) ICM(R\$) CIDE |
| | | | | Parcelas(R\$) 0,126842/0,159495 |
| 0801 | Custo de Disponibilização | 18,42 | 0,00 | 0,00 |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | 18,42 0,17 0,62 |
| 0804 | JUROS DE MORA 12/2017 | 0,15 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 12/2017 | 0,03 | 0,00 | 0,00 |
| 0806 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017 | 0,10 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | 0,10 0,00 0,00 |

ODI Código de Classificação do Item TOTAL 18,42 0,00 0,00 18,42 0,17 0,62

Média últimos meses (kWh)
 82

VENCIMENTO
05/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 16,42

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 74 | 100 | 108 | 100 | 97 | 87 | 73 | 105 | 103 | 73 | 18 | 15 |
| Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 |

1545.1729.bc93.5a79.ff41.9aa1.96c7.d734

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Santa Rita

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|-------------|------------------|---------|------------------------|
| QCMENSAL | 6,87 | 0,00 | NOMINAL 220 |
| QTRIMESTRAL | 17,34 | | |
| QSEMESTRAL | 24,50 | 0,00 | CONTRATADA 220 |
| QANUAL | 3,48 | | LIMITES INFERIORES 220 |
| QTRIMESTRAL | 14,50 | 0,00 | LIMITES SUPERIORES 220 |
| QSEMESTRAL | 12,43 | | |
| QANUAL | 12,43 | | |
| QCMENSAL | | | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|---------------------------|-------------|--------|
| Preços de Div. da Energia | | |
| Preço de Energia | | |
| Preço de Transmissão | | |
| Preço de Distribuição | | |
| Preço de Serviços | | |
| Preço de Outros | | |
| Preço de Outros | | |
| Total | 16,42 | 100,00 |

Valor de R\$ 16,42 (Ref: 12/2017) R\$ 16,42

ATENÇÃO

• REAVISO DE VENCIMENTO: Caso as faturas sejam reacionadas (remanejamento) em áreas de fornecimento, o prazo de suspensão é partir de 15/03/2018. Conforme Resolução 454 da ANEEL. O pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às contas pagas não estejam na unidade consumidora para cancelamento. Caso a suspensão efetuada o pagamento das faturas, acima, desobedeça essa mensagem.
 • Fatura supõe a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.
 • Letura confirmada

Faturas em atraso
 Jan/18 18,31

PARAIBA
 Rogers 15 - 9 - 340 - 8700
 Matrícula: 1335004-2018-00-2

VENCIMENTO
05/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 16,42

63600000000-7 16420054000-7 13350042018-6 022000009019-5



22 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049609
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura
28/10/2017

Total da fatura
RS 50,00

Pagamento:
RS 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com os encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,04.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RECIFE PE PL6
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
56038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98866 21000044754 30 171017
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Entrega: 13/10/2017

Demonstrativo

| Data | Descrição | Cidade/País | Valor US\$ | Crédito/Débito |
|-------|--|----------------|------------|----------------|
| | | Valor Original | Cotação | |
| 13/09 | TOTAL DA FATURA ANTERIOR | | | |
| 28/09 | OBRIGADO PELO PAGAMENTO | | | |
| | Subtotal Nacional | | | |
| | JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655 | | | |
| | Movimentações Nacionais | | | |
| 13/10 | ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04 | | | |
| | Subtotal Nacional | | | |
| | Total Nacional | | | |
| | Total Internacional | | | |
| | Total da Fatura | | | |

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível
02276

Pontos a Expirar
1230

Encargos

MULTA
MORA

2,00 %
1,00 %
5,01 %

23 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 495.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Junio da Silva Gabriel inscrito
(a) no CPF sob o Nº 917.023.804-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima
Jose Junio da Silva Gabriel inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.023.804-91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 200 do Código Penal.

| | | | | | |
|----------|----------------------------------|--------|-------------------------|-------------------|-------------|
| Endereço | <u>Av. Maria Roberto</u> | | Número | <u>58</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Alamanda</u> | Cidade | <u>João Pessoa</u> | Estado | <u>PB</u> |
| Email | <u>ZeduardoSilva@hotmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) | <u>95342-1170</u> | |
| | | | Telefone celular (DDD) | <u>58033-4800</u> | |

João Pessoa de 23 de abril de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João da Silva Gabriel,
 RG nº 1664188 data de expedição 19/11/2013
 Orgão SSP-PB portador do CPF nº 91202356434, com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ANTONIO BOMES CRUZ - 123 ANO 123 Nº 303,
 complemento CASA, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Josefaria da Silva Gabriel, cujo o condutor era
Josefaria da Silva Gabriel.

Veículo: MOTO
 Modelo: Fox 150
 Ano: 2014 e 2015
 Placa: AFB 0169
 Chassi: 9C2KEJ680FR503348
 Data do Acidente: 06/08/2016
 Local e Data: SANTA RITA PB

20 MAR. 2018

João da Silva Gabriel
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

50070
 SECRETARIA NACIONAL E REGIONAL
 DE REGISTRO DE VEÍCULOS

SECRETARIA NACIONAL E REGIONAL
 DE REGISTRO DE VEÍCULOS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JOSEILDO DA SILVA GABRIEL
 Em test. da verdade, João Pessoa-PB 20/03/2018 11:20:38
 Dário dos Santos Lima - Escrevente
 [2018-0077153] EML:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
 SELO DIGITAL: A6039244-6035
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

50070
 SECRETARIA NACIONAL E REGIONAL
 DE REGISTRO DE VEÍCULOS

23 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4) REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL em REGIÃO ANTERIOR DA PERNA E PARA AUMENTAR DO FOLHAMENTO E FACILITAR A LMC

Achados:

- 5) ENCONTRADO FRATURA em CUNHA + LESÃO DE SARTES MOLES em PERNA E
- 6) PRESENÇA DE TRAUMA CONTO-CONTUSO em REGIÃO DORSAL DO PÉ E

Conduta:

- 7) REALIZADO A LMC COM SOL SF 09/
- 8) FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIXADOR EXTERNO P/ CONTROLE DE DANOS
- 9) SUTURA DA PELE em PERNA E E DORSO DO PÉ E
- 10) CURATIVO ESTÉRIL
- 11) Rx DE CONTROLE

22 ABR. 2017

PROTOCOLADO
AB. JOÃO PESSOA

Fechamento:

FEITO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 2x Dr CEFALOLINA

OBS:

FOI PRESCRITO CIPROFLOXACINO, DEVIDO A FALTA DE ATB IDEAL NESTE SERVIÇO

Data: 06/08/16

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PB 103

MÉDICO/CRM



23 ABR 2017
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE JANO DA SILVA Data da Admissão: 06/08/14
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: FURINA EXPOSTA DOS 0350
HDA: DA PUNA E (6 II)

Paciente ADMITIDO com FURINA
e dor na PUNA E APOIS
ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Medicações em uso: _____

23 ABR. 2017

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] JHTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ E _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

22 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1) FX EXPOSTA em OSSOS

DA BUNA E (GIL)

Condução: 1) AO BLOCO

2) INTERAMITO 9/170



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: | | | | | | Registro: | | | | | | | |
|--|--|-------------------|--|------------------------|--|------------------|--|------------------------|---------------|-----------------------|------------|-----------|--|
| Idade: | | Sexo: | | Cor: | | Clínica: | | | EMP: | | LR: | | |
| Data: | | Cirurgião: | | | | | | | | 1º Assistente: | | | |
| 2º Assistente: | | | | 3º Assistente: | | | | Instrumentador: | | | | | |
| Anestesista: | | | | Tipo Anestesia: | | | | Horário: | | I: | | T: | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | | | | | CID | | | | |
| Fratura do fêmur da tíbia B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | | | | | CID | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | | | | | | CÓDIGO | | | | |
| TT Cirurgia de fratura da tíbia B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | Descreva: | | | | | | | |
| Biópsia de Congelação: | | | 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | | | | | | | | | |
| 1 (<input checked="" type="radio"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal sob
- Draper antistático
- Rótulos ACEPTIC

Incisão:

Incisão em TACCA Anterior do JOELHO

na ATAT.

Achados:

Visando Foco de Pólio com

ressecção.

Conduta:

preparo local e antiseptia da pele

Articulação de Haste Titânio

Articulação de Imobilização Bloco

23 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Sutura com Fio

contínuo

visando Boa Parada Sutura

OBS:

Data: 14.01.16

Dr. Jorge Augusto

Ortopedia / Traumatologia

Médico do Trabalho

CRM 9127

MÉDICO/CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Amputação do dedo
do 2º dedo da mão
direita no 1º metacarpo.

Incisão:

Achados:

Conduta:

Amputação do 2º dedo
da mão direita no 1º metacarpo.

100 - 1000

23 ABR. 2010

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

2 pontos + curativo + NT2

OBS:

Data:

21.08.16

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM 9127-PB

MÉDICO/CRM

Ator Mac Requisito

Folha Nº: 01/000

Data: 24/05/2016

Nº: 0702123

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLORES

Clinica: CIRURGICA

Nº de vezes atendido: 1

Nº. Cricotizador: 2016.08.000431

Nome do Paciente: JOÃO FRANCISCA

Nome do Médico: DR. JOÃO FRANCISCA

Endereço: RUA DE SANTO ANTONIO, 100 - JARDIM

Cidade: SÃO PAULO - SP

Estado: SP

CPF: 000.000.000-00

Nº do Documento: 000.000.000-00

Data de Nascimento: 30/11/1972

Idade: 43 anos

Sexo: M

Profissão: MOTORISTA

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião: CATOLICA

Cor da Pele: BRANCA

Cor dos Olhos: AZUL

Cor dos cabelos: LOURO

Estado de Saúde: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

Exame de Admissão: BOM

22 ABR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONDICIONIS DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bom | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vômito | |
| <input type="checkbox"/> Observações | |

causa mob moto

45589

Paciente vítima de queda de moto há 3 horas. Nega perda de consciência ou vômitos. Apresenta fratura em perna E.

RX
Alta de cir. geral
Avaliação de ortopedista

João Franca
Cirurgião Geral
CRM 8696
CREMEPE 20169



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-----|
| Nome: <u>JOSE JOAQUIM DA SILVA</u> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: <u>14/09/16</u> | Cirurgião: <u>Galvão</u> | | 1º Assistente: <u>JOAQUIM</u> | | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>Fratura da tíbia</u> (E) | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>TTº Cirurgia da Fratura da tíbia</u> (E) | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | | 22 ABR. 2017 | |
| 1 () Sim 2 (X) Não | | | | DESCREVA: | |
| Biópsia de Congelação: | | | | PROTOCOLO | |
| 1 () Sim 2 (X) Não | | | | AG. JOÃO PESSOA | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[] HAS [] DM [] HTA [] Dislipidemia [] Danho de Rins [] Úlcera de Úlcera

[] Trauma [] Neoplasia

[] Alcoolismo

Exercício Físico:

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

FC= _____

Altura: _____ m

FR= _____

IMC= _____

PA= _____ mmHg

TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Condução: _____

1) Exposta em ossos

da bacia e (GIL)

2) Ao Bloco

2) Internamento p/ TTD

Dr. Medeiros

Cirurgião

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Medico

CRM/PB 10330

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

23 ABR. 2017

75 ABR. 2017



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|----------|-------------------------------|------|
| Nome: <u>Jose Inacio da Silva</u> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | I.R: |
| Data: <u>3/08/16</u> | Cirurgião: <u>Dr JTBK</u> | | | 1ª Assistente: <u>Carvini</u> | |
| 2ª Assistente: | | 3ª Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: | | Horário: I: | T: |

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fração de CN7 na Perna (R)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Procedimento de Perna
Rx 4mm

23 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 (X) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

100

100

100

100

100

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSEIA DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4) REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL em REGIÃO ANTERIOR DA PUNHA E PARA AUMENTO DO FEMICAMENTO E FACILITAR A CMC

Achados:

- 5) ENCONTRADO FRATURA em CUNHA + LACER. DE CARTES MOLES em PUNHA E
- 6) PRESENÇA DE TRAUMA COTO-CONTUSO em REGIÃO DORSAL DO PÉ E

Conduta:

- 7) REALIZADO A CMC COM 10L SF 0,9%
- 8) FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIXADOR EXTERNO D/ CONTROLE DE DANOS
- 9) SUTURA DA PEE em PUNHA E E DORSO DO PÉ E
- 10) CURATIVO ESTÉRIL
- 11) Rx DE CONTROLE

25 ABR. 2011

PROTOCOLO*

AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

FEITO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 2x DE CEFALOXINA

OBS:

FOI PRESCRITO CIPROFLOXACINO, DEVIDO A FALTA DE ATB IDEAL NESTE SERVIÇO

Data:

06.08.10

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PB 105

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE JAMO DA SILVA Data da Admissão: 06/08/66
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS

HDA: DA PERNA E (6 II)

Paciente admitido com fratura
e dor na perna e após
acidente motociclistico

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---|------|--|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| NOME <u>JOSÉ ZANU DA SILVA GAZIAL</u> | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE | SEXO | COR | CLÍNICA | RTF | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO <u>16/12/16</u> | | DATA DE ALTA <u>14/04/16</u> | | TIPO DE INTERNAÇÃO | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <u>FRATURA DA DIAFÍSE DE TÍBIA (B)</u> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | | | |
| CLÍNICA DIAGNÓSTICA | | | | | |
| EXAMES <u>RADIOGRÁFIA + EXAME FÍSICO</u> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>TTº CIRCUNDA DA FRAÇA DO OSSO DA</u> <u>PERNA (B)</u> | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| HISTÓRIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. | | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA | | <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> CURADO |
| | | <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | |

| | |
|--|---|
| RESUMO CLÍNICO | HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES |
| <u>paciente submetido a TTº CIRCUNDA DA</u> <u>FRAÇA DO OSSO DA PERNA (B)</u> | |
| | |
| | |
| | |

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

| | | |
|---|--|--|
| DIETA: | Relativo em casa por <u>30</u> dias | |
| REPOUSO: | Retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias | Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>120</u> dias |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: | | |

| | |
|---------------------------|---|
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. |
| | Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão. |
| DATA <u>14/04/16</u> | |
| Dr. Jorge Augusto | |
| Ortopedia / Traumatologia | |
| Médico Responsável | |
| CRM 9127-PB | |

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

100

100

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Mano na decubito Dite
Sono Pyre anestesi
Notem notem

Incisão:

Achados:

Conduta:

Post Cond. Plano Rotam
Zulna 2 e/ SP9%

23 ABR. 2013

PROTOCOLO*

AG. JOAO PESSOA

Fechamento:

Zulna 2 + CMM + VTR

OBS:

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM 9127-PB

Data: 30/08/16

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIP.124.

Josefânio da Silva Gabriel
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1884139 DATA DE 10 00 1997

NOME JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL
Josebias Gabriel

FILIAÇÃO Rosete da Silva Gabriel

Santa Rita PB. 30.11.1972.
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc67.626.Fls249.Liv92.
DOC ORIGEM Cart.de Santa Rita PB.

CPF 917 023 804 91

JOÃO PESSOA - PB

ALDO MOREIRA FIGUEIRA - DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

917 023 804 91

JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

23 ABR. 2013

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

JOSEF GERVASIO DA SILVA 05701485



DEBENTURADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA
CENTRAL DE ADVOCACIA

DATA

JOSE EDUARDO DA SILVA

PLANO

12578

JOSEF GERVASIO DA SILVA

ENTRADA

JOAO PESSOA - PB

RG

1.054.882 - SSP/PB

DEPARTAMENTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

NÃO

DATA DE EMISSÃO

22.04.1997

ASSINATURA

15.04.1997

VITAL ROCHA LOPES
PRESIDENTE

23 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João da Silva Gabriel
 RG nº 1664188 data de expedição 19/11/2013
 Órgão SSP-PB portador do CPF nº 91202356434, com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ANTONIO BOMES CRUZ - 123 ANO 123 Nº 303
 complemento CASA, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Josefaria da Silva Gabriel cujo o condutor era
Josefaria da Silva Gabriel.

Veículo: MOTO
 Modelo: Fox 150
 Ano: 2014 e 2015
 Placa: QFB 0169
 Chassi: 9C2KEJ680FR503348
 Data do Acidente: 06/08/2016
 Local e Data: SANTA RITA PB

20 MAR. 2018

João da Silva Gabriel
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

50070
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

RECEBIMOS
 A DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE
 DO VEÍCULO Nº 50070
 EM 20/03/2018 ÀS 11:20:38

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JOSEILDO DA SILVA GABRIEL
 Em test. da verdade, João Pessoa-PB 20/03/2018 11:20:38
 Dário dos Santos Lima - Escrevente
 [2018-0077153] EMUL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
 SELO DIGITAL: A6039244-6035
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

50070
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
 RECEBIMOS A DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DO VEÍCULO Nº 50070 EM 20/03/2018 ÀS 11:20:38

23 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183555 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :50% DE 70%= 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183555 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :50% DE 70%= 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

