

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 126.131.734-32 Nome completo da vítima: Davi Gabriel do Carmo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Davi Gabriel do Carmo CPF: 126.131.734-32

Profissão: Estoquista Endereço: Travessa Gonçalves Dias Número: 166 Complemento: Casa

Bairro: Monte Castelo Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58.407-066

E-mail: _____ Tel. (DDD): 83987671316

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2221 ☐ CONTA: 00041727 ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande, 20 maio de 2019

Nome: Davi Gabriel do Carmo

CPF: 126.131.734-32

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Davi Gabriel do Carmo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

☒ Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 5000 5330

5067

VALIDO ATÉ
10/24

DAVI GABRIEL DO CARMO

2221 013 00041727-0

elc

SABEMI - REC. EM 22 MAI 2019

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DAVI GABRIEL DO CARMO**

Nº Sinistro: **3180370906**

Vitima: **DAVI GABRIEL DO CARMO**

Data do Acidente: **02/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180370906**.

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 13230394



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Carta nº 13299501

A/C: DAVI GABRIEL DO CARMO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180370906 ASL-0293481/18
Vitima: DAVI GABRIEL DO CARMO
Data Acidente: 02/03/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

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 **Sabemi 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



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180370906

Vítima: DAVI GABRIEL DO CARMO

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVI GABRIEL DO CARMO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DAVI GABRIEL DO CARMO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000041727-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 126.131.734-32	Nome completo da vítima DAVI GABRIEL DO CARMO
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DAVI GABRIEL DO CARMO		CPF titular da conta 126.131.734-32	Profissão ESTOÓFETA
Endereço RUA DEP. JOSÉ GAUDÊNCIO		Número 166	Complemento
Bairro MONTE CASTELO	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.407-090
Email			Telefone (DDD) 83 98767-1316

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BANCO DO BRASIL 001	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0063 9	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 41.759 9	

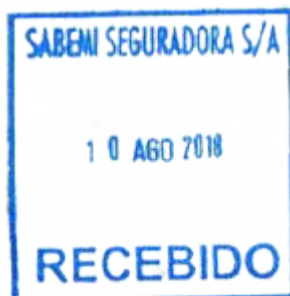
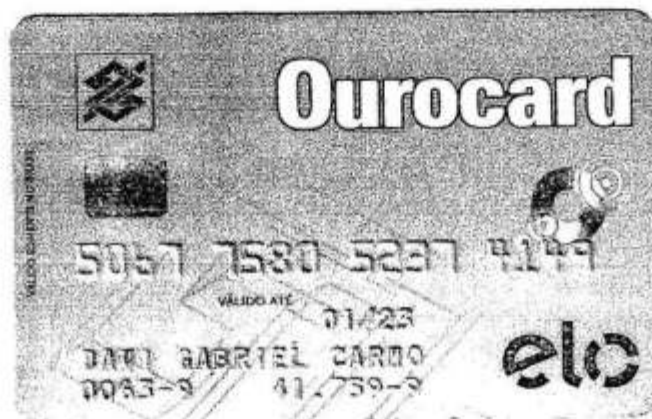
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

CAMPINA GRANDE, 20 de JULHO de 2018
Local e Data

DAVI GABRIEL DO CARMO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00196.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 02/03/2018

Hora: 21:18:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Otacilio Nepomuceno Com Sebastião Donato, Catolé, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Central de Polícia

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Davi Gabriel do Carmo
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Eliane Maria do Carmo e Não Declarado
	Idade: 20 Data de Nascimento: 08/01/1998 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: João Pessoa
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Ensino médio completo Profissão: Estorquista
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 126.131.734-32
	Endereço: Rua Deputado José Gaudêncio, 166, Monte Castelo, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
TESTEMUNHA	Ponto de referência: Perto da Igreja Católica de Monte Castelo
	Telefone: (83) 98767-1316
	Nome: José Ricardo da Silva Santos
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria das Graças Silva e José Serafim dos Santos
	Idade: 40 Data de Nascimento: 08/07/1977 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Currais Novos
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Comerciante
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 029.013.124-38
	Endereço: Rua Elpidio de Almeida, 1821-B, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto do Coreto da Praça
	Telefone: (83) 98686-4564

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO



TESTEMUNHA

Nome: Rievane Jusara Dias de Albuquerque
Conhecido por: Não informado
Filiação: José Dias Albuquerque e Manoel Cândido de Albuquerque
Idade: 41 **Data de Nascimento:** 30/01/1977 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Comerciante
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 040.028.024-85
Endereço: Rua Elpidio de Almeida, 1821-B, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Correto da Praça
Telefone: (83) 98686-4564

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

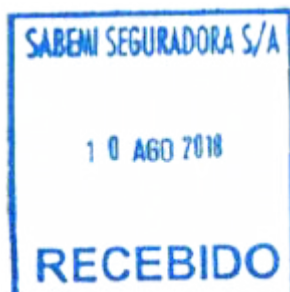
(1) **Mota**, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESI, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2012, placa OFF-8446, chassi 9C2KC1670CR614407, renavam 0048593685-5

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, Ano/Modelo 2012/2012, cor vermelha, Placa OFF-8446-PB, Chassi de Nº 9C2KC1670CR614407, licenciada em nome do comunicante Davi Gabriel do Carmo, quando trafegava no cruzamento das ruas Otacílio Nepomuceno com Sebastião Donato, bairro do catolé, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, fez uma conversão indevida entrando a esquerda, visto que o comunicante não esperava aquela manobra, tendo o vítima colidido na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura exposta do tornozelo do pé direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

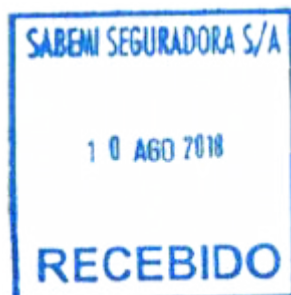


Campina Grande/PB, 25 de junho de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

DAVI GABRIEL DO CARMO
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



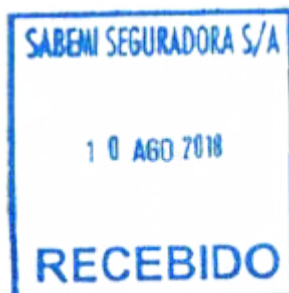



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 2/3/2018	HORA: 21:18 HS	ID Nº: 1676685
NOME: DAVI GABRIEL DO CARMO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - OTACÍLIO NEPOMUCENO/SEBASTIÃO DONATO - CATOLÉ		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 13 de junho de 2018.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAVI GABRIEL DO CARMO

RG nº 4.269.562, data de expedição 26/07/14, Órgão SSP/PB,

CPF nº 126.131.734-32, 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)	RUA DEP. JOSÉ GAUDÊNCIO
Número	366
Apto / Complemento	
Bairro	Monte Castelo
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58.407-090
Telefone de Contato	83 993821646
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE / PB 20/07/2018.

Assinatura do Declarante: Davi Gabriel do Carmo



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 001.147.469



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

ELIANE MARIA DO CARMO
RUA DEP. JOSE GAUDENCIO, 166 - MONTE CASTELO - CEP 58.407-090
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/141792-2

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

08/06/2018

CONSUMO

73

VENCIMENTO

26/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,15

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ELIANE MARIA DO CARMO

Roteiro: 03-401-212-8700

83690000000-8 62150147000-2 01417922018-2 06900401019-0

VENCIMENTO

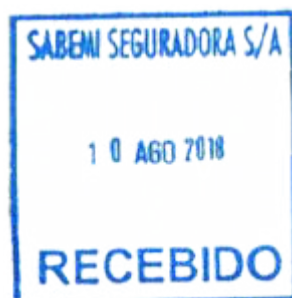
26/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,15

MATRÍCULA

141792-2018-06-9



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Subsídio para simplificação de procedimentos e custos associados à energia elétrica - Nº 001.263.455



ENERGISA SORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 235 - KM 156 - Alça Sulcriste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-706
CNPJ 08.826.896/0001-85 - Insc. Est. 16.063.939-1

DADOS DO CLIENTE

VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
RUA CAICO, 66 - BAIRRO DAS MALVINAS - CEP: 58.433-187
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78290-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

22/06/2018

CONSUMO

21

VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,87

Acesso: www.energisa.com.br



VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO

Roteiro: 13-401-700-3090

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2018

VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,87

MATRÍCULA

78290-2018-06-1

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu WALKENEDY LIMA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.037.344 / 94,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DAVI GABRIEL DO CARMO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 126.131.734 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
DAVI GABRIEL DO CARMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.131.734 / 32, 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. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA CAICO</u>		Número <u>66</u>	Complemento
Bairro <u>MALVINAS</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58433-187</u>
Email <u>Kennedylima@bol.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 98781-7810</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 99383-1646</u>	

CAMPINA GRANDE, 20 de JULHO de 2018
Local e Data

Kennedylima
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

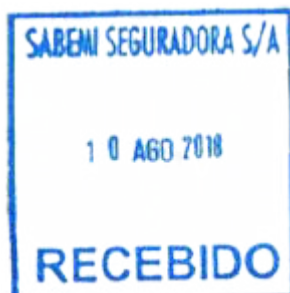



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 2/3/2018	HORA: 21:18 HS	ID Nº: 1676685
NOME: DAVI GABRIEL DO CARMO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - OTACÍLIO NEPOMUCENO/SEBASTIÃO DONATO - CATOLÉ		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 13 de junho de 2018.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	David Gabriel de Lima		
End:	R. Ruf. José Gonçalves 166	Bairro:	Monte Castelo
Data de Nascimento:	08/06/98	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Mto	Data do Atend.:	02-03-18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

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

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1608250

CLASS. DE RISCO

ALTO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809

Data: 02/03/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Clauda Bezerra Lacerda

PACIENTE: DAVI GABRIEL DO

CEP: 58400002

Nascimento: 08/01/1998

CARMO

Endereço: DEPUTADO JOSE GAUDÊNCIO

Sexo: M

Telefone: 987671316

Cidade: Campina Grande

Idade: 020

Bairro: MONTE CASTELO

Nome da Mãe: ELIANE MARIA DO CARMO

RG: 4269560

Nº: 56

Responsável: MESMO

CPF: 12613173432

Profissão: ESTALQUISTA

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de
Atendi: 02/03/2018

CNS: 706503351326393

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 22:17:46

CONVÊNIO: SUS

Médico:

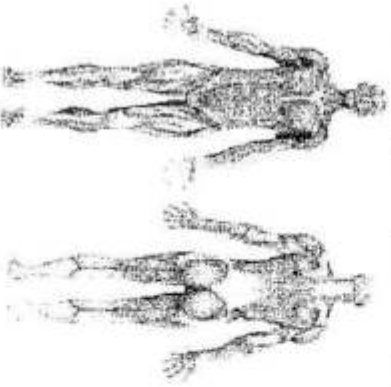
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Avulsão branca
13. F. Avulsão de pele
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado
17. F. Cortado
18. F. Cortado
19. F. Cortado
20. Fratura exposta
21. Fratura simples aberta
22. Hematoma
23. Injúria Venosa
24. Laceração
25. Lesão tendão
26. Luxação
27. Moradura
28. Movimento torácico paradoxal
29. Objeção Entravada
30. Otorrquia
31. F. Fritado
32. F. Fritado
33. Queimadura
34. Sincrope
35. Síncope de 1º grau

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Medula espinhal C5/C6

C5/C6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

REALIZADO EM

02/03/18

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Lesão cervical com
fratura de C5/C6
Tórax e abdômen sem lesões

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT

Sato2

Pele de curativo

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista: ortopedista

às

Especialista:

às

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	7
8	9	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

Verificação de orçamento
CÓDIGO DE BARRAS
02/03/18

SABEMI SEGURADORA S/A

10-0607018

RECEBIDO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Doni Gabriel do Carmo

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 592 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 02/03/2018 A 21/03/18 NECESSITANDO DE 120

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 21/03/18

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável _____

MOD. 06C

SABEMI SEGURODORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
DAVI GABRIEL DO CARMO	1608260
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
706503351326393	08/01/1998
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	ELIANE MARIA DO CARMO
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
83 987671316	R DEPUTADO JOSE GAUDENCIO, 66, MONTE CASTELO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
Campina Grande	250400
15 - UF	16 - CEP
PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor, Dor no abdômen e intestino, 1 ano atrás moles m.i.d	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tiro Cirurgico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico e RX	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
Prostata expandida TN2(D)	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
02	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	980016288999275
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
JEFFERSON LIBSON LOPES ALVES ROCHA	02/03/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) [Assinatura e Carimbo]	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - N° DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
10 AGO 2018	
RECEBIDO	

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Otorrinolaringologia

Paciente Poliomielosclerose
 com fratura exposta em T2
 com a tumoração de partes
 moles.
 Ao Bloco cirúrgico (1)
 internado Hospital

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
 Otorrinolaringologista
 CRM-AM 6557
 CPF 45 10368

DESTINO DO PACIENTE / / as : hs.

() Centro cirúrgico / () Alta hospitalar / () A revelia
 () Internação (setor) / () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL / () Outro

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Data: 08.03.98			
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
-	Sala 03	SUS	20 anos	3608250	
CIRURGIA: Proctologia - Hemorroides			CIRURGIÃO: Dr. Jefferson		
ANESTESIA: Raque			ANESTESIA: Dr. Thiago		
INSTRUMENTADORA: Emerson		DATA: 02.03.18	INICIO: 23:40	FIM: 00:40	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxyg.		Lote: 083219 Código: AF35 B 680	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		PINO INTRAVENOSULAR OSSEO - A X C X + S X T X K T	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Fabric.: 05/12/2017 Val.: 12/2022	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Registro ANVISA N°: 80083650028	
	Dolantina amp.	Colonoide		Material: Aço Inox F138	
	Efrane ml	Dreno		Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr n°		CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Tel: +55 19 3636-1910 - comercial@sartori.ind.br	
01	Morfina	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proglime amp.	Espadrado Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido I/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	03	Mononylon	2-0
	Thionentbutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrurn amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 20		Prolene Serlix	
02	Água Oxigenada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
01	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacet ml	PVPI Degemante ml			
	Heparina ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	1 U AGO 7018
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Morfina ml	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina lg	Sonda Nasogátrica	03	eletródos	
01	Vaccina varicela	Sonda Uretral n°			
01	Dimordol 0,2 mg	Sterydrem ml	40	S.F. plomero 500 mg	
01	Ceftriaxona	Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS/SOLUÇÕES	Vaselina ml			
03	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
03	Aguilha desc. 20 x 25 LIXID	Latege			
03	Aguilha desc. 3 x 4,5				
03	Aguilha p/ raque n° 25				
015	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SABEMI SEGURODORA S/A

RECEBIDO

BioImplants

Controle de Qualidade

OK

Hospital: União Paulista de Medicina e Cirurgia Código: 0000
 Procedimento: Artroscopia do joelho Cód. Procedimento: 0000
 Paciente: Dr. Roberto de Almeida
 Data da Cirurgia: 01/08/2018 Nº prontuário: 3608230 Convênio: _____
 Cirurgião: Dr. Roberto de Almeida Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
	Lote: 092843 Código: F08 3 200 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSA BARTORI - LINEFOX RESURBACAT 400 - ESTERIL Fabric.: 07/12/2017 Val.: 12/2022 Registro ANVISA N°. 80083650031 Material: Aço Inox / Alumínio Luiz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@bartoriind.br	Lote: 093219 Código: AF35 B 680 PNO INTRAMEDULAR OSSAO - R X C x A 5 X 200 x 1 Fabric.: 05/12/2017 Val.: 12/2022 Registro ANVISA N°. 80083650026 Material: Aço Inox F138 Luiz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@bartoriind.br		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

SABEMI SEGURODORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Davi Gabriel			
Data da Operação	02/03/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. Jefferson Libson	1º Auxiliar	Dr. Yury
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	FX extremamente cominuta e confirmada de TNZ D e OBBs do pé (S)		
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório	D Libson		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	S		
Acidente Durante a Operação	N		

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1- Paciente em RDH, sob efeito anestésico
- 2- Anestesia e Anticoagulação
- 3- Alcecação com foros laterais
- 4- Redução fratura sob insuflação (+) colocação fixador externo na Delta após lavagem extensiva e debridamento de F.O.
- 5- Sutura
- 6- Curativo

Dr. Jefferson Lison L. A. Rocha
Ortopedia Traumatologia
CRM-RN 6657 CRM-PB 10168



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Dani Gabriel do Carmo</u>			Idade: <u>20</u>
Convênio: <u>Unioeste</u>			Data: <u>03.03.18</u>
Procedimento: <u>do curativo distal exposto de tornozelo</u>			
Cirurgião: <u>DR. Jefferson</u>	Auxiliar:	Anestesista: <u>DR. Thiago</u>	
Início: <u>03:40</u>	Término: <u>04:50</u>	Anestesia: <u>proprio</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

RECEBIDO

Assinatura Anestesista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daui Gabriel do Carmo DN: 08/01/1998		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE Sala 03	CONVÊNIO SUS	IDADE 20 anos
CIRURGIA ITO cirurgico intradese de Tannuzelo + enxerto		CIRURGIÃO Dr. Radalpo + Yuri +	
ANESTESIA Raque + Sedação		ANESTESIA Dr. Flamarca	
INSTRUMENTADORA Flora	DATA 19/03/18	INÍCIO 14:20	FIM 16:30
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.
	Adrenalina amp	Calet. p/ Oxy.	Qtd.
	Atropina amp.	Calet. De Urinar Sist. Fech.	Qtd.
	Diazepam amp.	Compressa Grande pacate	Qtd.
02	Bimere amp. Propofol	Compressa Pequena	Qtd.
	Dolanina amp.	Colonoide	Qtd.
	Efranc ml	Dreno	Qtd.
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº	Qtd.
01	Fentanyl ml	Dreno Penrose nº	Qtd.
01	Novo m. Dermacel	Dreno Pezzer nº	Qtd.
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas	Qtd.
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas	Qtd.
	Nubain amp.	Equipo de Sangue	Qtd.
	Pavulon amp.	Equipo de PVC	Qtd.
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm	Qtd.
	Protóxido lfm	Furacim ml	Qtd.
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	Qtd.
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	Qtd.
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	Qtd.
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	Qtd.
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	Qtd.
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	Qtd.
01	Decadron amp	Lâmina de Bisturi nº 15-20	Qtd.
02	Dipirone amp	Luvas 7.0	Qtd.
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	Qtd.
	Fliebecortid amp.	Luvas 8.0	Qtd.
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	Qtd.
	Glicose amp.	Oxigênio lfm 3 lfm/ln	Qtd.
	Glucon de Cálcio amp.	Poliifix	Qtd.
	Haemacel m.	PVPI Degemante ml	Qtd.
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.
	Kanaktion amp.	Sabão Antisséptico	Qtd.
	Lasix amp.	Saco coletor Roupa/lixo	Qtd.
	Medrofinazol.	Seringa desc. 10 ml	Qtd.
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	Qtd.
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	Qtd.
	Revivan amp.	Sonda	Qtd.
	Stuplannon amp.	Sonda folley	Qtd.
02	Cefalotina 1g Ceftriaxona	Sonda Nasogálica	Qtd.
01	Naloxona	Sonda Uretral nº	Qtd.
02	Tenoxicam	Sterydrem ml	Qtd.
		Torneirinha	Qtd.
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	Qtd.
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18	Qtd.
03	Agulha desc. 26 x 25 40 x 12	Lalase	Qtd.
	Agulha desc. 3 x 4.5	eletracalor	Qtd.
01	Agulha p/ raque nº 25	algodão antipeck	Qtd.
05	Álcool de Enfermagem		
	Álcool Iodado ml		
	Ataduras de Crepon		
03	Ataduras de Gessada 10cm		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Everlan

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SABEM SEGURODORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

SOROS

ORTOSE E PRÓTESE

Dis. implante

Placa Titânio F1 Umido Rodo

maio 15/18

talafreiros

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

() Serra () Eletrocautério

() Desfibrilador () Oxícapnógrafo

(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Aquila S. Silva

Tec. Enfermagem

CCEN 12306-4



Nome do Paciente <i>Doni Gabriel do Carmo</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Rodolfo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Yury</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Everliem</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Filano</i>	
Anestesia <i>Dr. Ricardo + Dr. Vassu</i>	Tipo de Anestesia <i>Rogui + sedação</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura do Tolo</i>			
Tipo de Operação <i>Artrodese Tibio colcona</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Radiocópico</i>			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Pct em BPH sob rogui + sedação
2. Anestesia antisseptica + campo
3. Acesso longitudinal anterior ao tornozelo
4. Inventário: Identificação correta do tolo luxado
frequente fragmentos do tolo (três) e espaço
vazio onde deveria estar o corpo do tolo
5. Realizado de lavagem + redução da cabeça
6. Decorticação das superfícies articulares do
Tibia e colcona
7. Retorno enxerto bicortical + esponja do ilíaco
8. Posicionamento de enxerto + Estabilização
provisória do tornozelo em 90° (eleção)
9. Fixação com placa bloqueada Philus com
05 furos modelado para adaptação de quadrado
e 08 por furos bloqueados + fio K 2,0
10. Irrigado com SF 0,9% 11. Sutura 12. Curativo

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RECEBIDO

TRAUMA - CG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE:

PRONTUÁRIO:

1608250

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

PAUSA CIRÚRGICA

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SÍTIO CIRÚRGICO
PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

X NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

X REVISÃO DO CIRURGIÃO: HA PASSOS CRÍTICOS

PERDAS SANGÜINEAS?

PACIENTE? *Não*
 REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS

4. REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS COM INSTRUMENTAIS.

RESULTADOS DO INDICADOR? *Sim*
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU
QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? *Não*

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

NÃO SE APLICAM
AGENS ESSENCIAIS
SIM
NÃO SE APLICAM

1. A. HOVEE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO. *Paul*

Águila Real = *S. Sifw*

760. Entomographi
JOHN 176614 +
Assiniboia



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Davi Gabriel do Carmo										PRONTUÁRIO:	434		
IDADE:			SEXO:	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Tratado com 28 dias

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do abdômen - AP e Lateral
Rx de torax - AP e Lateral

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

02/03/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO EM:
02/03/18

SABEMI-SEGURODORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-917




Davi Gabriel do Carmo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.269.562 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2014

NOME DAVI GABRIEL DO CARMO

FILIAÇÃO ELIANE MARIA DO CARMO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 08/01/1998

DOC ORIGEM NASC.N.20.636 FLS.99 LIV.A-18
CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB
CPF 126.131.734-32

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
126.131.734-32

Nome
DAVI GABRIEL DO CARMO

Nascimento
08/01/1998

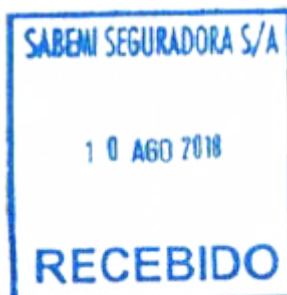
CÓDIGO DE CONTROLE
F450.E531.4F17.6AF4

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:23:52 do dia 03/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

Nome: **WALKEMEY LIMA DE ARAUJO**

RG: **1939268** SSP: **279**

CPF: **028.037.344-94** DATA NASCIMENTO: **06/09/1977**

TIPO: **VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO**
WALKEMEY LIMA DE ARAUJO

PERMISSAO: **0** ATE: **0** CATEGORIA: **0**

DT. EMISSAO: **17/03/2017** DT. VALIDADE: **08/04/2022**

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
591084919

PROIBIDO PLASTIFICAR
591084919

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** DATA EMISSAO: **14/11/2012**

Rodolfo Correia
Assinatura do Portador

DETRAN - PB (PARAIBA)

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180370906

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVI GABRIEL DO CARMO

Data do acidente: 02/03/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO + FIOS K.) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180370906 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI GABRIEL DO CARMO **Data do acidente:** 02/03/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO + FIOS K.) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: DAVI GABRIEL DO CARMO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: 4.269.562 SSP/PB

CPF: 126.131.734-32

Profissão: ESTACIONISTA

Endereço: RUA DEP. JOSE GAUDÊNCIO, 166 MONTE CASTELO

CEP: 58.407-090

CAMPINA GRANDE/PB

Telefone: (83) 98467-1316

OUTORGADO:

Nome: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: 1939268 SSP/PB

CPF/CNPJ: 028.037.344-94

Profissão: BACHAREL

Endereço: RUA CAICO, 66 MALVINAS CAMPINA GRANDE/PB

CEP: 58.433-187

Telefone: 83 99382-1646

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 LÍDER 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 enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

2º CARTÓRIO
C. GRANDE/PB

DAVI GABRIEL DO CARMO

Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

CAMPINA GRANDE/PB 20/07/18

Local e data



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tribunal: Maria de Fátima Lúcia Cavalcanti
Praça da Bandeira, 505, Centro - 53010-000 - PB

20/07/2018
180 3221-0100 - 0800 1111

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
DAVI GABRIEL DO CARMO

Campina Grande/PB 20/07/2018

Em testemunho da verdade. Dou fé.

Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO

Selo Digital: 40F92380-Y9Y7

Confira os dados em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol: R\$9,48 ISS R\$0,47 Farpem R\$0,28 Papi R\$1,74 MP R\$0,15



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada



RECONHECER POR AUTENTICIDADE