

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPEAS 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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)

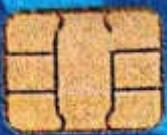
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

e!c

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 ESTOGRÁFICA
Endereço RUA DEP. JOSÉ GAUDÊNCIO		Número 166	Complemento
Bairro MONTE CASTELO	Cidade KAMPINA 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"/> 41.759 9 (Informar dígito se existir)	

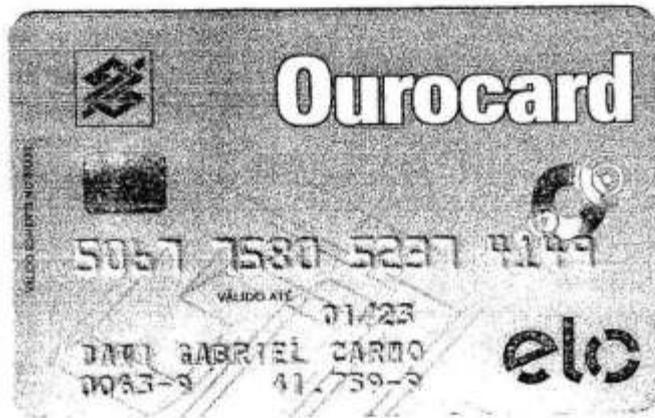
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

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

SABEMI SEGURADORA S/A
10 AGO 2018
RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A
10 AGO 2018
RECEBIDO



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
Ponto de referência: Perto da Igreja Católica de Monte Castelo
Telefone: (83) 98767-1316

TESTEMUNHA

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 N° 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 Emergencia 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 taxa 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	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/06/2018	R\$ 62,15	141792-2018-06-9



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta.

Subsídio para energia elétrica em áreas rurais isoladas - Nº 001.263.455

ENERGISA SORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 236 - KM 156 - Alça Sulcrista - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 59423-700
CNPJ 08.828.898/0001-85 - Insc.Est. 15.003.939-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78290-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

22/06/2018

CONSUMO

21

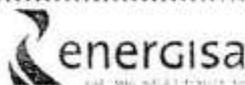
VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,87

Acessar: 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@bel.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 98781-2810</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 99383-1646</u>	

CAMPINA GRANDE, 20 de JULHO de 2018
Local e Data

Kennedylima
Assinatura do Declarante





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 Emergencia 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

Ficha de Acolhimento

Nome:	David Gabriel de Lima		
End:	R. Rupp. José Gonçalves 166	Bairro:	Monte Castelo
Data de Nascimento:	08/06/98	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Noto	Data do Atend.:	02-03-18 Hora: 22:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

SABEM SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: **ALTO**
 PRONT (B.E) Nº: 1608250
 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 Date: 02/03/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
 Atendimento: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: DAVI GABRIEL DO CARMO
 CEP: 58400002 Nascimento: 08/01/1998

Endereço: DEPUTADO JOSE GAUDÊNCIO
 Sexo: M Telefone: 987671316

Cidade: Campina Grande Idade: 020 Bairro: MONTE CASTELO

Nome da Mãe: ELLANE MARIA DO CARMO Nº: 56

Responsável: MESMO CPF: 12613173432 Profissão: ESTALQUISTA

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 02/03/2018 CNS: 706503351326393

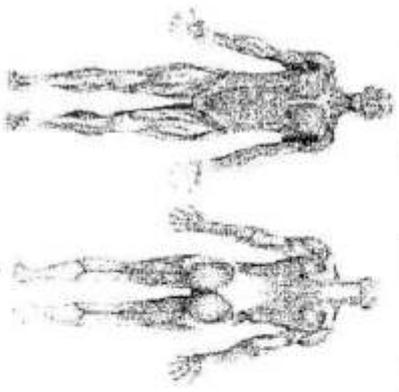
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Horário: 22:17:46 CONVENIO: SUS

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. Empalmamento
- 9. Entalhe subcutâneo
- 10. Enrijecimento
- 11. Equimose
- 12. F. Área branca
- 13. F. Área de flog
- 14. F. Contusão
- 15. F. Corrose
- 16. F. Cerrilha-entorse
- 17. F. Fratura-entorse
- 18. F. Fratura-cominuta
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injuriamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendão
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torçivo paradoxal
- 28. Objeto Enfiado
- 29. Otorrria
- 30. Ferilise
- 31. Ferisse
- 32. Feristela
- 33. Queimadura
- 34. Sincrisis
- 35. Sincrisis de 1901-18
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *Medula espinhal C5/6 rompida de origem traumática*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Pront e Colúmbia muito cansado
 ferido e dor e mel D e
 tomar a cabeça e a vida*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Satoz

pele de cingula

TOMOGRAMIA REALIZADA EM: 02/03/2018

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista: *Autopele* às : às :

Especialista: / às : às :

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Autopele</i>	
2	<i>Autopele</i>	
3	<i>Autopele</i>	
4	<i>Autopele</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

PAIOX
 REALIZADO EM: 02/03/18

SABEMI SEGURADORA S/A
 10-4607018
RECEBIDO



GOVERNO DA PARAIBA

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

4.2

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 02/03/18 A 21/03/18 NECESSITANDO DE

120 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 21/03/18

Ass. do Médico - Nº. do CRM

[Signature]

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 de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE DAVI GABRIEL DO CARMO	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1608260
7 - CARTÃO DO SUS 706503351326393	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/01/1998
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 987671316
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ELIANE MARIA DO CARMO	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R DEPUTADO JOSE GAUDENCIO, 66, MONTE CASTELO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 250400
15 - UF PB	16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Don, Dor abdominal e colica, 1 ano partes moles m.i.d

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Cirurgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Profuno Espástico TNZ

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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
JEFFERSON LIBSON LOPES ALVES ROCHA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
02/03/2018

32 - ASSINATURA E CARTÃO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

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 CARTÃO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SABEMI SEGURADORA S/A
 10 AGO 2018
RECEBIDO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Dr. Gabriel do Carmo D/W: 08.03.98

QI: - LEITE: Sala 03 CONVÊNIO: SUS IDADE: 20 anos REGISTRO: 3608250

CIRURGIA: Pro. Exurg. Jactura CIRURGIÃO: Dr. Jefferson

ANESTESIA: Procur ANESTESIA: Dr. Thiago

INSTRUMENTADORA: Emerson DATA: 02.03.18 INICIO: 23:40 FIM: 00:40

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

Qtid.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtid.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catel. pr Oxi.		Lote: 083219 Código: AF35 8 690	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		PRO INTRAVENULAR OSSEC - A X C X + 5 X 22 X 7	
	Diazepam amp.	03	Compressa Grande		Fabric.: 05/12/2017 Val.:12/2022	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Registro ANVISA Nº:80083650028	
	Dofantina amp.		Colonoide		Material: Aço Inox F138	
	Efrane ml		Dreno		Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP	
	Fenogam amp.		Dreno Kerr nº		CNPJ: 04.861.823/0001-00 - Rio Claro / SP	
	Fontanil ml		Dreno Penrose nº		Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@gsartori.ind.br	
01	Urea ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proligmine amp.	01/5	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quinlich ml	01/5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	03	Mononylon	2-0
	Thionentbutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtid.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 20		Prolene Serfix	
02	Água Purificada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
01	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	20	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliifix			
	Haemacet ml	01/5	PVPI Degemante ml			
	Heparoma ml		PVPI Tópico ml	Qtid.	SOROS	1 0 AGO 2018
	Kanakion amp.	01/5	Sabão Antisséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	03	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Mefenazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Siuptanon amp.		Sonda Foley	Qtid.	ORTESE E PRÓTESE	
	Celalolina Ig		Sonda Nasogátrica	03	eletr. cda	
01	Ureacina perda		Sonda Uretal nº			
01	Dimora 0,2 mg		Sterydrem ml	40	S.F. plomosa	SCOML
01	Cloridrato		Torneirinha			
Qtid.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
03	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
03	Aguilha desc. 28x08	02	Latepe			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
03	Aguilha p/ raque nº 25					
01/5	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul melileno amp.					
	Benzina ml	1				

Lote: 082943 Código: F06 3 200
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PARAIBA - SEMSA
FARMACIA TISS - ESTERIL
Fabric.: 07/12/2017 Val.: 12/2022
Registro ANVISA Nº: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

SABEMI SEGURO S/A

RECEBIDO



- EQUIPAMENTOS
- (X) Oxímetro de Pulso
 - () Serra
 - () Desfibrilador
 - (X) Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - () Foco Auxiliar
 - (X) Eletrocautério
 - () Oxícapnógrafo
 - (X) Cardiomonitor
 - (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Paula Renata da Silva Edvânia
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 1078.135



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8680

Hospital: União Médica de Teresopolis Código: 3000Procedimento: Artroscopia com fixação Cód. Procedimento: 3000Paciente: Dr. Gabriel do CarmoData da Cirurgia: 07/12/2017 Nº prontuário: 3608230 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Gabriel do Carmo 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 ÓSSEA BARTORI - LINEFOX RESURBACAT 400 - ESTERIL Fabric.: 07/12/2017 Val.: 12/2022 Registro ANVISA N°. 80083650031 Material: Aço Inox / Alumínio Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartoriLind.br	Lote: 093219 Código: AF35 B 880 PNO INTRAMEDULAR 08920 - R X C X A 5 X 200 X T Fabric.: 05/12/2017 Val.: 12/2022 Registro ANVISA N°. 80083650026 Material: Aço Inox F138 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartoriLind.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 SEGURADORA 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 <i>David Gabriel</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>02/03/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Jefferson Libson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Yury</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>FX Extremamente cominada e contaminada de TNZ D e OSS do pé (S)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O membro</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>S</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N</i>			

SABEM 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 PDH, sob efeito anestésico*
- 2 - Resposta à Antiespasmódica*
- 3 - Alocação com fio estereot*
- 4 - Redução profunda sob insuflação (+) colocação fixador externo que volta após lavagem extensiva e debridamento de FO.*
- 5 - Sutura*
- 6 - Curativo*

Dr. Jefferson Libson Rêche
Ortopedia Traumatologia
CRM-RN 6657 - RPA PB 10168

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daui Gabriel do Carmo DN: 08/01/1998
 QI: Sala 03 LEITE: SUS CONVÊNIO: SUS IDADE: 20 anos REGISTRO: 1608250
 CIRURGIÃO: Dr. Radalpo + Yuri +
 ANESTESIA: Dr. Planessa
 INSTRUMENTADORA: Planessa DATA: 19/03/18 INÍCIO: 14:20 FIM: 16:30



Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp	02	Calet. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp	05	Compressa Grande <u>pacate</u>		Catgut cromado Sertix	
02	Bimere amp. <u>Propofol</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efranc ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentani ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
01	<u>Novon</u> ml <u>Demerol</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	02	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sulupak	
	Protóxido lim		Furacim ml		Fio de Algodrão Sulupak	
	Quelicin ml	05	Gase Papote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapilon amp		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon (20)	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp	01	Lâmina de Bisturi nº 15-20		Prolene Sertix	
02	Dipirone amp	03	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0	02	Vicryl Sertix (2)	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio lim 3 l/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Poifix			
	Haemacel m.	05	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	05	PVPI Tópico ml.	Qtd.		
	Kanaktion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	03	Saco coletor <u>Roupa/lixo</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrofinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	04	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sustanon amp.		Sonda folley	Qtd.		
02	<u>Cefalotina 1g</u>		Sonda Nasogálica	03		
01	<u>Naloxona</u>		Sonda Uretral nº			
02	<u>Tenoxicam</u>		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
03	Aguilha desc. 26 x 25 40 x 12	02	Lalase			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	03	<u>eletracal</u>			
01	Aguilha p/ raque nº 25	02	<u>algodão antipeck</u>			
05	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
03	Ataduras de Gessada 10cm					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml	1				

SABEM SEGURADORA S/A

10-AGO-2018

RECEBIDO

SOROS

- EQUIPAMENTOS**
- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Oxícapnógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Aquila Planessa + Gisela
 Tec. Enfermagem
 CRM 12136



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

(Paciente sob curativos da perda ossea visto na TC e do plano cirurgico)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Pt em BAH sob roqui + sedação
2. Anestesia antisseptica + campo
3. Acesso longitudinal anterior ao tornozelo
4. Inventário: Identificados cabeça do tolo luxado, pequenos 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 calcaneo
7. Retiro do enxerto bicortical + esponjas do ilio
8. Posicionamento de enxerto + Estabilização provisória do tornozelo em 90° (flexão)
9. Fixação com placa bloqueada Philus com 05 furos modelado para adaptação de quadrado e 08 parafusos bloqueados + fio K 2,0
10. Irrigado com SF 0,9% 11. Sutura 12. Curati

SABEMI SEGURADORA S/A
10 AGO 2018
RECEBIDO

Atestado
Ordem de Serviço
TEOT 1340



GOVERNO DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Thaís</i>		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:		PRONTUÁRIO: <i>434</i>	
--------------------	--	---	--	---	--	-------	--	---------	--	----------	--	-------	--	--------	--	------------------------	--

Tratado com D.O. 1111

MATERIAL A EXAMINAR: **RAIO X**
REALIZADO EM: *02/03/18*

EXAMES SOLICITADOS: *Rx do tórax D e A D.O. 1111*
Rx de torçãõ de D.O. 1111

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: <i>02/03/18</i>			

MOD. 062

SABEMI-SEGURODORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-917




Davi Gabriel do Carmo
SIGNATURA 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

ASSIGNATURA DO TITULAR: Davi Gabriel do Carmo

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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)
dígitto verificador: 00

SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 WALKEMEDY LIMA DE ARAUJO

CPF
 028.037.344-94

DATA NASCIM.
 06/09/1977

ENDEREÇO
 VALDEMAR CARDIDO DE ARAUJO
 MARLENE LIMA DE ARAUJO

PERMISSÃO **CLASSE** **CATEG.**
 [] [] []

Nº REGISTRO **VALIDADEZ** **1ª EMISSÃO**
 2278336088 17/03/2017 08/04/2002

ASSINATURA DO PORTADOR


LOCAL **DATA EMISSÃO**
 CAMPINA GRANDE, PB 14/11/2012

PROBADO **PROBADO**
 88056559819 78925223122

DETRAN - PB (PARAÍBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 591084919

PROIBIDO PLASTIFICAR
 591084919

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

