



02/07/2020

Número: **0807297-33.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMAURO JANUARIO DA SILVA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31996634	02/07/2020 11:47	2731668_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200062923 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 14

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





Ortopedia_Mão_Centro Médico

LEONARDO CEZAR

DIRETOR CLÍNICO • RQE 4123 e RQE 4359

PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGIA • CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA

LAUDO MEDICO

AMAUURI JANUARIO DA SILVA, APRESENTOU FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO, OPERADO SEM INTERCORRENCIAS, JA RECUPERADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA SUAS ATIVIDADES LABORAIS, DE ALTA MEDICA.

CAMPINA GRANDE 31 DE JANEIRO DE 2020.

Especialidades

- Ortopedia • Cirurgia de Mão e Microcirurgia • Nutricionista • Reumatologista • Neurocirgião
- Neurologia • Psicologia • Fisioterapia Neuro-motora • Fisioterapia Pélvica • Quiropraxia • Acupuntura
- Radiografias • Eletroneuromiografia

leoezzar@hotmail.com SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata). ☎ (83) 32011918

📱 Leonardo Cezar 📧 Leonardocezar 📷 sosortopedia_mao_centromedico ☎ (83) 9 9997.4277 / (83) 9 8189.2022

Atendimento de segunda a sexta feira por ordem de chegada, 7:00 às 18:00

Urgência e Emergência ☎ (83) 9.9997.4277



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192>

Número do documento: 20070211474692100000030670192

11/10/2019

HTCG-Parivál Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2012830 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 58432-809 Data: 11/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: AMAURI JANUARIO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 05/10/1987

Endereço: R. JOSE PALHANO Sexo: M Telefone: 87616060

Cidade: Campina Grande Idade: 032 Bairro: CRUZEIRO

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA RG: 3366769 Nº: 2

QUEIROZ CPF: 08192950433 Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS

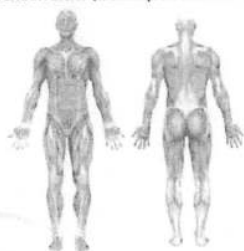
Responsável: RAFAEL JANUARIO Data de Atend: 11/10/2019 CNS: 08192950433

Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 13:35:36 CONVÊNIO: SUS

Mecanismo de Trauma: MOTO MOTO X MOTO

Mecanismos do Trauma: LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

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. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS:

Paciente melata queda de motocicleta há 1h. Fazia uso de capacete. Nega uso de álcool. Lesão der. em MIB. Nega náuseas, vômitos ou perda da consciência.

① 4A perna e 1A M cirúrgica. ② MVP em AHT, 81 RA.

③ TEG 33, pulso ④. Abdome mole, sem sinais de peritonite.

⑤ Fratura em MIB.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 4S PA 130x80mm HGT: FC = 65 bpm SatO2 97%

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia 1 às 13:50 Dia 1/1

Especialista: 1 às : Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Diagnóstico de AD EV agora	
2	Traqueia 40mm + AD EV agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairo F. Fonseca
CRM: 10000030670192
Colégio de Médicos de PB

RAIO X
REALIZADO EM:
11/10/19

rojetohctg/impreclassi.php?contar=2012830&dataatend=2019-10-11&horaatend=13:36:15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021147469210000030670192

Número do documento: 2007021147469210000030670192

Num. 31996634 - Pág. 3

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]

~~Dr. Carlos Fonseca
Cirurgião Geral
1784-02-23/1784-02-23/1784-02-23~~

* Emissão geral (14:30h)
Paciente com lesão torácica - ab-
do: lesão da emissão geral
Arterioles da Ophthalmo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

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

Prof.ª J. Maria da Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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: 58432-809 Data: 11/10/2019

Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 N° ATEND: 2012830

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 11/10/2019 HORA : 13:36:15

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO


OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

*Allana Cristina Uchida
COREN-PB 898133-ENF*



Data da internação: 11/10/2019 Hora: 17:26:44

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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	
5 - NOME DO PACIENTE AMAURI JANUARIO DA SILVA				6 - N° DO PRONTUÁRIO 2013011	
7 - CARTÃO DO SUS 898004830047633		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/10/1987		9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 87616060	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) R JOSE PALHANO, 2, CRUZEIRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - COABITADOR 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 		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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 704304514628896	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 				30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA				32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/10/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - N° DO BILHETE 	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - SÉRIE 			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	
				41 - CBOR 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - Cód. Órgão Emissor 		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	
46 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			





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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Januário de Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEIT
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	------

DADOS CLÍNICOS: Trauma em perna (B), dor, (E)

377

RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM:

71/10/19

EXAME SOLICITADO: Rx de perna (B), AP e Perfil.

(E)

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Figueira
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 10302 / CRM-PE 23727

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 13/10/2019
NOME: Ywry de Paiva Camara



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Data da Alta: 13/10/2019

Registro: 2013011

Tempo de Permanência: -18181

Diagnóstico Inicial:

fx Exposta TNZ (E)

Diagnóstico Final:

O mesmo.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. Myrcelins

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM TNZ E RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DE TNZ E. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + NÃO PISAR + CURATIVO DIÁRIO

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: LOXONIN + LEVOFLOXACINO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 13/10/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 16.987





Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
 GONZAGA FERNANDES
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): AMAURI JANUARIO DA SILVA	Protocolo: 0000492828	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ	Data: 12-10-2019 14:06	Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 32 anos	Destino: GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/10/2019 14:06]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm ³	4,2 a 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 50,5 %
V.C.M.....	95 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	959
Segmentados.....	80,0	10.960
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	10,0	1.370
Típicos.....	0	0
Atípicos ou Reativos.....	3,0	411
Monócitos.....	177.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....		

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-9593-0ED9-7ECB-75AC-C52E-139D-927F





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME

PRONTUÁRIO: AMÁURI JADUARIZ

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE	SEXO:M	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
-------	--------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

RX DO TORN. ZBLO BSGUBRW
AP + perf

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Fábio Crispim
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.113 / CRM-PB-9561
TEC: 16.173

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Amaldi Jaramelo da Silva		Idade:	
Convênio:	SUS		Data:	
Procedimento:	Aut. Litúrgico Fratura exposta de tornozelo (E)			
Cirurgião:	Dr. Fabio Cispim	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Marcello
Início:	16:00	Término:	17:30	Anestesia
				Raquel

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103






TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		9

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Amauri Yamuani da Silva Jr - 05-10-87						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	20404	SUS	32 anos	2012830		
CIRURGIA Tratamento cirúrgico de fratura exposta de tornozelo direito			CIRURGIÃO Dr. Faleiro Crispim			
ANESTESIA Raque esquerdo			ANESTESIA Dr. Márcio			
INSTRUMENTADORA Thiago		DATA 11/10/19	INÍCIO 16:00	FIM 17:30		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
01	Ravulon amp. Dimor 0-2		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
01	Protóxido I/m Protóxido		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml amb		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapien amp.		H ₂ O, ml	04	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
02	Flaxidol amp. efazolina		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5 probiótico			
01	Glucose amp. etapropeno		Oxigênio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Potiflix			
01	Hemacel ml nausedron		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	05	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuption amp.		Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01 plano 7 furos		
			Sonda Uretral nº	para 06 costuras		
			Sterydrem ml	01 guela		
			Torneirinha	02 parafusos espon		
			Vaselina ml	jatos		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18			
02	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5		05 eletrólito			
01	Agulha p/ raque nº 23		05 algodão orto			
02	Alcool de Enfermagem 70%		pedico			
	Alcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 30 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					


CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francieleide Garcia S. Cândido
COREN-PB 001.227.391-TE

MOD 006

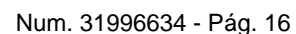


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Augusto Junior da Silva</i>			IDADE: <i>32 A</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>U</i>
DATA: <i>11/10/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Tornozelo exposto</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO		
					<i>Etomidato 20</i> <i>Sufentanil 20</i> <i>Petaprodina 100mg</i> <i>ouclonidina 4mg</i> <i>30mg de fentanil</i>		
VP: ARTERIAL - O - RESPIRAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO					Não, por quê? _____		
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____			
				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				Com cânula: _____			
				Para o Leito Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>15:50 PAM</i> <i>17:15 Ocluse</i> <i>2cc</i> <i>neurolite 15cc</i>						
POSICÃO							
AGENTES	<i>propofol 0,5% 100mg + Bupivacaína 0,5% 100mg + Fentanyl 100mcg + Midazolam 5mg</i>						
TÉCNICA	<i>Depos. 10ml/20, 25, 63, 74</i>						
OPERAÇÃO	<i>Redução + fixação cirúrgica fratura exposta Tornozelo</i>						
CIRURGIÕES	<i>Fabio Gaspary</i>						
ANESTESISTAS	<i>Marcelo</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





11/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
SOMÉ - Fabio Marcos Crispim Lima

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 11/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

Número do Atendimento: 2013011 Clín: CENTRO CIRURGICO / Ent: URPA / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Cirurgia: Data da Cirurgia: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: DR. FABIO CRISPIM

Aux 1: DR. JOAO PAULO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR. MARCILIO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

- GARROTEAMENTO DO MIE

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 DE CANO + 06

PARAFUSOS CORTICAIS COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

- SUTURA + CURATIVO

- RETIRADA DO GARROTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fabio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB - 23113 / CRM-PB - 9561
TEDE: 16.173



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

PB Nº 015100255556 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 06/09/2019

RAFAEL JANUARIO DA SILVA	NOME
--------------------------	------

11598870475	PLACA MNY7377/PB
-------------	---------------------

PLACA ANT. UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KC08108R009604

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
-------------------------	----------

HONDA/CG 150 TITAN KS	2007	2008
-----------------------	------	------

CAP / POST / CL	CATEGORIA	COD. PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	CINZA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
1	00/00/0000	1º

V A	PARCELAMENTO / COTAS	2º
	0	3º

PRÊMIO TABELADO (R\$)	R\$ 100	PRÊMIO TOTAL (R\$)	R\$ 100	DATA DE PAGAMENTO	06/09/2019
-----------------------	---------	--------------------	---------	-------------------	------------

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB DATA: 06/09/2019

32875  *Archie* 32468

VIA	11598870475	DATE / CNPJ	MNY7377/PB
-----	-------------	-------------	------------

00932012400	HONDA/CG	150	TITAN KS
-------------	----------	-----	----------

ANNO RAD.	CAT. DATA	N° CHIAVI
2007	9	9C2KC081D8B009604

continued

750.000	DEBITAÇÃO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	SEGURO	P A G O
------------------------	--------	---------

PAGAMENTO		DATA DE CUSTACIO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	06/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0161 09.245.508/0091-04

32468-1511291-20190906





PROIBIDO PLASTIFICAR
1838490803

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838490803

REPUBLICA VALENTINISTA EMBREASTA
DO PRINCÍPIO DE 1988
DO ANO 1988
DO ANO 1988
DO ANO 1988

ANTONIO CARLOS DA SILVA
SILVA
CASA Nº 1234 DE LIMA
CERREJO

CPF: 33.667.779-99
Data de nascimento: 08/10/1987
Data de validade: 10/02/2015

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192

Número do documento: 20070211474692100000030670192



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 06 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouv dória: 0800 021 91 35

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 JULGAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Gualde

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.954 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Amauri Januária da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amauri Januária da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33, 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua: Doutor Paulo Roberto Maia</u>	<u>69</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Presidente Médice</u>	<u>PB</u>	<u>58.417.680</u>
Cidade:	Tel.(DDD):	
<u>Campina Grande</u>	<u>83 98783-7307</u>	
E-mail:		
<u>Rodrigo709lima@gmail.com</u>		

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Gualde
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





ENERGISA BONSOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azevedo, 4796 - BR-200 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 10.003.809-1
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº006.190.216
Cód. para Deb. Automático: 9000242089

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.482.824-75

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conhece a Gisa, nossa atendente virtual do Whatsapp? Ela pode te ajudar com informações sobre débitos, enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de Relação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar. (83) 99135-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
23/10/18	4963	22/11/18	5064	1	81	30				
Demonstrativo										
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa (r)	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(%)	Base Calc.	Pot(%)	Coluna(%)	
				Tributos Total(%)	ICMS(%)	ICMS	Pot(%)	Coluna(%)	ICMS(%)	
0801	Consumo em kWh	81,000	7,38180	598,83	598,83	25	14,91	598,83	0,85	2,97
0801	Adic. B. Amarela			0,42	0,42	25	0,10	0,42	0,00	0,02
0801	Adic. B. Vermelha			3,58	3,58	25	0,89	3,58	0,04	0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			7,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JURCS DE MOROS/09/2018			0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA/09/2018			1,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCl Código de Classificação do item				TOTAL	73,51	63,83	15,90	63,83	0,89	3,17
Tarifa s/ Tributo				0,507380						

MEDIDA ORÇAMENTÁRIA (K703)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	29/11/2019	R\$ 73.51

Histórico de Consumo (kWh)

76	78	83	81	92	108	81	85	107	80	80	75
Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19

RESERVADO AO FISCO

085d.5c77.2c2f.6723.68f4.301f.dac1.f994.

Indicadores de Qualidade			Composição de Consumo	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DI MENSAL	5,55	0,00		
DI TRIMESTRAL	11,10			
DI ANUAL	22,21			
DI MENSAL	3,30			
DI TRIMESTRAL	6,60			
DI ANUAL	13,20			
DI MENSAL	1,65	0,00		
DI TRIMESTRAL	12,22			
DI ANUAL				

Discriminações	Valor (R\$)	%
Servico de Dist. de Energia	13,95	17,78
Consumo de Energia	25,12	34,17
Consumo de Transmissão	2,78	3,76
Encargos Setoriais	4,00	5,33
Impostos Diretos e Encargos	26,84	40,32
Outros Servicos	0,30	0,40
Total	73,81	100,00

Valor da EUBO (Ref. 9/2019) R\$ 22,40

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", a reavaliada, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso	
Out/19	64,50

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149 036000 00793.199175 1 80880000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 044.463.834-75
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 89 - PRES. MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

Nosso Nr.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000793199	000242089201911	29/11/2019	R\$ 73,51	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.926.596/0001-85
Av. Dep. Ramundo Aslora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 56473-700

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5



LEDA AMRIS DE LIMA QUEIROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 18/A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58117-255 (PC-01)

Ligação: MONTAÇÃO
Caráter: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Razão: 14-401-789-9280 (Referência: Set: 2018)
Medidor: W-1000735387 (Emissão: 23/09/2019)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - BR-200 - KM 186 - Tals Inda
Campina Grande/PB - CEP 58425-700
CNPJ/01 0265960001-96 Ins. Est. 16.000.029-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.710.197
Cód. para 915. Autômatos: 00000791912

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set / 2019 23/09/2019 23/10/2019 373.915.304-00

UC (Unidade Consumidora): 4/70191-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/09/19	7329	23/09/19	7364	1	35	32
Demonstrativo						
Col	Descrição	Qual é sua taxa básica de consumo? Valor Base Calc. Alg. (kWh)	Base Calc. Pot (kW)	Consumo (kWh)	Cálculo (kWh)	Cálculo (kW)
		Tratado (kWh)	ICMS (R\$)	ICMS Pot (kW)	Pot (kW)	ICMS Pot (kW)
0001	Consumo em kWh	36.83	0.712070	21.83	25.83	25
0001	Adic. 3. Verbetes	7.02	2.02	25	0.50	2.02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	JURIS DE MORA 09/2019	1.00	0.00	0	0.00	0.00
0005	MULTA 09/2019	1.47	0.00	0	0.00	0.00
0002	BEM SEGURADO FÁCIL - ACE 09/2019	1.59	0.00	0	0.00	0.00

CCI Código de Cessão de item TOTAL 35.73 27.89 6.91 27.85 0.19 0.35
Taxa de Tributos 0.507330

Média últimos meses (kWh) 32 VENCIMENTO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 33,73

Histórico de Consumo (kWh)

33 | 37 | 35 | 35 | 39 | 40 | 40 | 42 | 37 | 34 | 33 | 31
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESERVADO AO FISCO

7b81.4228.ef3a.5173.08cc.3ea0.9dc4.580d.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC MENSAL 5.54	0.00	NOMINAL 120
IC TRIMESTRAL 11.11		
IC ANUAL 22.22		
IC MENSAL 9.30	0.00	CONTRATADA 100
IC TRIMESTRAL 18.60		
IC ANUAL 37.20		
IC MENSAL 9.30	0.00	LIMITE SUPERIOR 131
IC ANUAL 18.60		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (BO)	5.96	17.44
Compra de Energia	11.20	33.26
Serviço de Transmissão	1.25	3.71
Encargos Setoriais	1.33	3.91
Imposto Direto e Encargos	9.43	27.99
Outros Serviços	5.59	16.57
Total	33.73	100.00

Valor do EVSD (Ref. 7/2019) R\$ 5.24

ATENÇÃO

Condição Serviço: BEM SEGURADO FÁCIL - ACE - 0 -
O cancelamento de cobrança da conexão e o encerramento da fatura sem essas condições podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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:	11/10/2019	HORA:	12:57 HRS	ID Nº:	110071
NOME:	AMAUARI JANUARIO DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV: JUCELINO KUBITSCHKE - VELAME				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A RICARDO BICICLETA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 13 de novembro de 2019.


Deocleio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB

Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira – Campina Grande.

Fone: 3322 9568 - CEP 58.100970



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre **LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Hora e data do fato: Às 12:00, do dia 11 de outubro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:36, do dia 13 de novembro de 2019.

Local do Ocorrido: AV. JUSCELINO KUBISTCHECK, VELAME, NESTA.

COMUNICANTE/VÍTIMA: AMAURI JANUÁRIO DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 05/10/1987, com 32 anos de idade, ID: 3366769 SSP-PB, REPOSITOR, filho de ARIOSVALDO JANUÁRIO DA SILVA e de LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 197-A, bairro SANTA CRUZ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 83 9.8667-5227

TESTEMUNHAS: ALVARO CORDEIRO VIEIRA, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

HISTÓRICO: INFORMA QUE, NO DIA 11/10/2019, POR VOLTA DAS 12H, ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, COR CINZA, ANO 2007/2008, PLACA MNY7377/PB, CHASSI 9C2KC08108R009604, EM NOME DE SEU IRMÃO RAFAEL JANUÁRIO DA SILVA, NA AVENIDA JUSCELINO KUBISTCHECK, EM FRENTE À LOJA RICARDO BICICLETAS, OCASIÃO EM QUE O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA AREIA EXISTENTE SOBRE O ASFALTO, LHE OCASIONANDO UMA QUEDA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO TORNOZELO.

AUTORIDADE

KARINE DE LIMA VASCONCELOS

COMUNICANTE

AMAURO JANUÁRIO DA SILVA

ESCRIVÃ

SIMONE RODRIGUES



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

087.929.504-33

Amurri Januária da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amurri Januária da Silva

087.929.504-33

Repositor

Rodrigues Alves Albuquerque

1914

Santa Cruz

Campina Grande

PB

58.414-255

83.986.675227

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Rodrigues de Lima Guedes

064.099.954-90

Mateus

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00539072 4

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 06/12/2019

Amurri Januária da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087.929.504-33 4 - Nome completo da vítima: Amauri Januário da Silva

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

5 - Nome completo: Amauri Januário da Silva 6 - CPF: 087.929.504-33
7 - Profissão: Reparador 8 - Endereço: Rua Sêneca de Albuquerque 9 - Número: 1914 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.417-255
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83.986675227

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Rodrigo de Lima Guedes 18 - CPF do Representante Legal: 064.099.954-90 19 - Profissão do Representante Legal: Motorista

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0047 03 CONTA: 00539072 4
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 06/12/2019
Amauri Januário da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062923

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AMAURI JANUARIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 31/01/2020, emitido pelo Dr. LEONARDO CEZAR CRM nº 6740 - PB, da Instituição SOS ORTOPEDIA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01719/01720 - carta_31 - INVALIDEZ

00070860



Carta nº 15514885





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062923

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RODRIGO DE LIMA GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMAURI JANUARIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15482953



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439362/19

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

CPF: 081.929.504-33

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RODRIGO DE LIMA GUEDES : 064.099.954-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AMAURI JANUARIO DA SILVA : 081.929.504-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: RODRIGO DE LIMA GUEDES
CPF: 064.099.954-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

RODRIGO DE LIMA GUEDES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amauri Januario da Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de nº 081/929/504/33, e
no RG de nº 3366769, residente e Domiciliado a
Rua: Sereno Alves Albuquerque, nº 79, Bairro
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.417-255.

OUTORGADO: Roberto de Lima Guedes brasileiro(a),
estado civil casado, inscrito no CPF de nº 064/099/954/90, e
no RG de nº 3772792 SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paula Roberto Maia, nº 69, Bairro
Presidente Medice, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-000.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Invalididez, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Amauri Januario da Silva ocorrido em 11/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019



Amauri Januario da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
AMAUURI JANUARIO DA SILVA.

Campina Grande/PB 04/12/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé.
Substituída: CELIA MARTA BARBOSA
Selo Digital: AJM93602-DIEK
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Enol R\$9,91 ISS R\$0,50 Farpem R\$0,29
Fepj R\$1,82 MP R\$0,16

2ª Tab. S. Barbosa
Celia Marta Barbosa





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015100255556

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DET 201900000406102-3

1 0093201240-0 00/00000000 2019

NOME
RAFAEL JANUARIO DA SILVA

CPF / CNPJ 11598870475 PLACA MNY7377/PB

PLACA ANT. DE NOVO PB 9C2KC08108R009604

ESPECIE / USO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2007 ANO MOD 2008

CAP. / POT. / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC CDS PREDOMINANTE CINZA

COTA UNICA 00/00/0000 VENC. / COTAS 1ª

IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PREMIO TARIFARIO 3ª

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE-PB DATA 06/09/2019

32875 32468

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015100255556 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019 DATA EMISSÃO 06/09/2019

VIA 11598870475 MNY7377/PB

00932012400 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2007 CAL DEB 9 Nº CHASSI 9C2KC08108R009604

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 06/09/2019



PROIBIDO PLASTIFICAR 1838490803

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838490803

REPÚBLICA VALENTE DA SILVA

ANTONIOVALDO JARDIM DA SILVA

CELESTINO

10/02/2015

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192

Número do documento: 20070211474692100000030670192

11/10/2019

HTCG-Painel Adm/Impressão



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2012830 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 58432-809 Data: 11/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: AMAURI JANUARIO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 05/10/1987

Endereço: R. JOSE PALHANO Sexo: M Telefone: 87616060

Cidade: Campina Grande Idade: 032 Bairro: CRUZEIRO

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA RG: 3366769 Nº: 2

QUEIROZ CPF: 08192950433 Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS

Responsável: RAFAEL JANUARIO Data de Atend: 11/10/2019 GERA

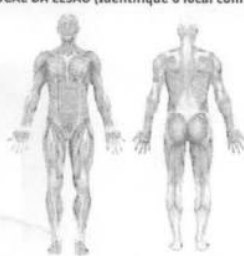
Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 13:35:36 CNS: 08192950433

CONVÊNIO: SUS

OBS: FICHA: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

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. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-cortuso
17. F. Perfuro-cortuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoirragia
34. Sinais de Isquemia
- 35.
- 36.

OBS:

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

Politrauma

EXAME PRIMARIO - DADOS L.

Paciente maleto, queda de motocicleta há 2h. Faltava uso de capacete, não uso de óculos. Relata dor em MIB, náuseas, vômitos em pouco da ocorrência. (A) LA perdas e com cirurgia (B) MVP em AHT, 91 RA. (C) TEL 30, Pulsos (D) Abdomine maior, sem sinais de peritonite (E) Fratura em MIB.

ALERGIA: NADA

MEDICAMENTOS: NADA

PATOLOGIAS: NADA

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 4/5 PA 130x80mmHg HGT: R = 65bpm SatO2 97%

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às 13:50 Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Aspirina 40g + AD EV agora	
2	Traxil 40mg + AD EV agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairo P. Pimenta
CRM-PB 12751 / CBO 3621.0101

RAIO
REALIZADO EM:
11/10/19

rojetohcg/impreclassi.php?contar=2012830&dataatend=2019-10-11&horaatend=13:36:15

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021147469210000030670192

Número do documento: 2007021147469210000030670192

Num. 31996634 - Pág. 37

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]

~~Dr. Jairo de Faria
Cirurgião Geral
CRM-PR 1087 / CRM-E 2367~~

* Emissão geral (14:30h)
Paciente sem êxito fonológico - abe
Q: Ato da emissão - geral
Resistentes da diftongos

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () JA revela
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____ () Óbito

Prof.ª Jemariela Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDAIDE

Figure 1 displays 12 small plots arranged in a 4x3 grid, showing the evolution of the number of infected individuals over time for different parameter sets. Each plot has 'Time' on the x-axis (0 to 100) and 'Number of infected individuals' on the y-axis (0 to 100). The plots show various curves representing the infection dynamics under different conditions.



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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: 58432-809 Data: 11/10/2019
Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 N° ATEND: 2012830

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 11/10/2019 HORA : 13:36:15

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Cristina Uchida
COREN-PB 595153-ENF



Data da internação: 11/10/2019 Hora: 17:26:44

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				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 AMAURI JANUARIO DA SILVA				6 - N° DO PRONTEÚRIO 2013011	
7 - CARTÃO DO SUS 898004830047633		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/10/1987		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fm <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 87616060	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) R JOSE PALHANO, 2, CRUZEIRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓDIGO 250400	
				15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS 					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 					
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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/10/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - N° DO BILHETE 	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CHOR 			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGERADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 				44 - COD. ORGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO (X) CNES () 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 	





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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Jonas da Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEIT
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	------

DADOS CLÍNICOS: Trauma em perna (E), dor, (E)

(3) 77

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
7/10/19

EXAME SOLICITADO: Rx de perna (E), AP e Perfil.

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Fossaca
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 10302 / CRM-PE 23727
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





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: 58432-809 Data: 13/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Ywry de Paiva Camera

**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Data da Alta: 13/10/2019

Registro: 2013011

Tempo de Permanência: -18181

Diagnóstico Inicial:

fx Exposta TNZ (E)

Diagnóstico Final:

O mesmo.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. Myricelis

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM TNZ E RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DE TNZ E. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + NÃO PISAR + CURATIVO DIÁRIO

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: LOXONIN + LEVOFLOXACINO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 13/10/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Camera
Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.907





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
 GONZAGA FERNANDES
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a):	AMAURI JANUARIO DA SILVA	Protocolo:	0000492828	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	EULER FABRICIO A. CRUZ	Data:	12-10-2019 14:06	Origem:	CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	32 anos	Destino:	GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/10/2019 14:06]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm ³	4,2 a 5,6 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 50,5 %
V.C.M.....	95 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 34,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.700 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	7,0	959	
Segmentados.....	80,0	10.960	40 a 70 % - 1.200 a 2.500 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 6,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	10,0	1.370	20 a 40 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	411	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
 Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRM 8411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-0993-0E09-7ECB-75AC-C52E-139D-927F





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME

PRONTUÁRIO: AMÁURI JACUVIRIZ

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE	SEXO:M	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
-------	--------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

RX DO TORN. ZBLO BSGUBR20
AP + perf

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM:
11/10/2019

EXAME SOLICITADO:

Dr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB: 23.113 / CRM-PB-9561
TEOT: 16.173

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSAVEL PELA SOLICITAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192>

Número do documento: 20070211474692100000030670192



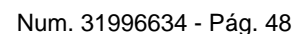
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		9

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Amadori Junior da Silva</i>			IDADE <i>32A</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>U</i>
DATA <i>14/10/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Tornozelo esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
CÓDIGOS					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO					MANUTENÇÃO		
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					<i>Cisplatin 20</i>		
					<i>Doxetaxel 20</i>		
					<i>Ceftriaxona 1000mg</i>		
					<i>Ondansetron 4mg</i>		
					<i>Levomepromil 10mg</i>		
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____		
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>15:50 PARO</i> <i>17:15 ORIENTE</i> <i>ALL</i> <i>velocidade 150</i>				Com cânula: _____		
PARO O LEITO					Sim _____ Não _____		
CONDIÇÕES:							
POSICÃO							
AGENTES	<i>medicação 0,5 + 15mg + 100mg + 100mg + 100mg + 100mg + 100mg</i>						
TÉCNICA	<i>laparoscopia, 25, 63, 74</i>				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<i>Redução + fixação fratura exposta Tornozelo</i>						
CIRURGIÕES	<i>Fabio Gaspar</i>						
ANESTESISTAS	<i>Marcos</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		
					FOLHA DE ANESTESIA - SRP8		

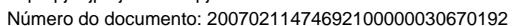


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192

Número do documento: 20070211474692100000030670192

Num. 31996634 - Pág. 49



11/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMÉSTICO GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Fabio Marcos Crispim Lima

CNPJ: 06.778.268/0006-52
Data: 11/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

Número do Atendimento: 2013011 - Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Cirurgia: Data da Cirurgia: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: DR. FABIO CRISPIM

Aux 1: DR. JOAO PAULO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR. MARCILIO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

- GARROTEAMENTO DO MIE

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 DE CANO + 06

PARAFUSOS CORTICAIS COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

- SUTURA + CURATIVO

- RETIRADA DO GARROTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fabio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB - 23.113 / CRM-PB - 9561
TED: 46.173



MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS
RUA PAULO ROBERTO MATA, 89 - PRES MEDICI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 59400000 (AO: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Civ/Soc: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 794 - 940
Medidor: 00008071229
Referência: Nov/2019
Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Ramundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.008.809-1
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 05.195.216
Cód. para DAta Automática: 00003420891

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.482.824-75
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conheça a Orsa, nosso atendente virtual do WhatsApp?
Ela pode te ajudar com informações sobre débitos,
enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido
de Relação. Salve nosso número e
nos chame sempre que precisar: (83) 99135-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/10/19	4907	22/11/19	5064	1	81	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. ICMS(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)
						Colo(R\$)
						Colo(R\$)
0601	Consumo em kWh	81,000	0,738180	59,83	59,83 25	14,91
0601	Adic. B. Amarela			0,42	0,42 25	0,10
0601	Adic. B. Vermelha			3,58	3,58 25	0,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			7,90	0,00 0	0,00
0604	JUROS DE MORA 09/2019			0,55	0,00 0	0,00
0605	MULTA 09/2019			1,43	0,00 0	0,00
TOTAL				73,51	63,83	15,90
Tarifa de Tributo				0,507380		0,89
CC: Código de Classificação do Item						3,17

Medida em kWh	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	29/11/2019	R\$ 73,51

Histórico de Consumo (kWh)

76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	

RESERVADO AO FISCO

085d.5c77.2c2f.6723.68f4.301f.dac1.f994.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	
DIC TRIMESTRAL	11,10	
DIC ANUAL	22,21	
FIC MENSAL	3,30	
FIC TRIMESTRAL	6,60	
FIC ANUAL	13,20	
OMC	3,30	
DICI	12,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia (BO)	13,95	17,78
Compra de Energia	25,12	34,17
Serviço de Transmissão	2,76	3,75
Encargos Setoriais	2,94	4,00
Impostos Diretos e Encargos	28,54	40,22
Outros Serviços	0,30	0,40
Total	73,61	100,00

Valor de EUSD (Ref. 9/2019) R\$ 22,48

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso

Out/19 64,50

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00793.199175 1 80880000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 044.482.824-75
RUA PAULO ROBERTO MATA, 89 - PRES MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 59400000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000793199	000242089201911	29/11/2019	R\$ 73,51	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.826.596/0001-95
Av. Dep. Ramundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192

Número do documento: 20070211474692100000030670192



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 06 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouv d'óia: 0800 021 91 35

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 JULGAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Gualder

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.954 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Amauri Januária da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amauri Januária da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua: Dantas Paula Roberto Maia</u>	<u>69</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Presidente Médice</u>	<u>PB</u>	<u>58.417.680</u>
Cidade:	Tel.(DDD):	
<u>Campina Grande</u>	<u>83 98783-7307</u>	
E-mail:		
<u>Rodrigo709lima@gmail.com</u>		

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Gualder
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017

LEDA AMRIS DE LIMA QUEIROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 18/A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58117-255 (PC-01)

Ligação: MONTAÇÃO
Caráter: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Razão: 14-401-789-9280 (Referência: Set/2018)
Medidor: W1000735387 (Emissão: 23/09/2019)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - BR-200 - KM 186 - Três Irmãs
Campina Grande/PB - CEP: 58425-700
CNPJ: 06.55960001-95 Ins. Est. 16.000.029-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.710.197
Cód. para 915. Autômatos: 00000791912

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	23/09/2019	23/10/2019	373.915.204-00

UC (Unidade Consumidora): 470191-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/08/19	7329	23/09/19	7364	32

Demonstrativo		Quilômetro	Valor Base Calc.	Alq. Tarifa	Base Calc. Potência	Cálculo
Tratado		ICMS (R\$)	ICMS	Potência (R\$)	(R\$)	(R\$)
0001	Consumo em kWh	36.83	0.712070	26.63	25	8.41
0001	Adic. 3. Verbetes	2.02	2.02	25	0.50	2.02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	JUROS DE MOROSIDADE	0.00	0.00	0	0.00	0.00
0005	MULTA 09/2019	0.47	0.00	0	0.00	0.00
0002	BEM SEGURADO FACIL - ACE 09/2019	1.59	0.00	0	0.00	0.00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 36.73 27.89 8.91 27.85 0.19 0.36
Tarifa de Tributos 0.507330

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
32	30/09/2019	R\$ 33,73

Histórico de Consumo (kWh)

33	37	35	35	39	40	40	42	37	34	33	31
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO

7b81.4228.ef3a.5173.08cc.3ea0.9dc4.580d.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC MENSAL 9.54	0.00	NOMINAL 120
IC TRIMESTRAL 11.11		
IC ANUAL 22.22		
IC MENSAL 9.30		
IC TRIMESTRAL 9.85		
IC ANUAL 13.20		
IC MENSAL 9.21		
IC ANUAL 12.44		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5.96	17.44
Compra de Energia	11.20	33.26
Serviço de Transmissão	1.25	3.71
Encargos Setoriais	1.33	3.91
Imposto Direto e Encargos	8.43	24.99
Outros Serviços	5.59	16.57
Total	33.73	100.00

Valor do EVSD (Ref. 7/2019) R\$ 5.24

ATENÇÃO

Conta Serviço: BEM SEGURADO FACIL - ACE - 0 -
O cancelamento de cobrança da conta e o envio da fatura sem essas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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:	11/10/2019	HORA:	12:57 HRS	ID Nº:	110071
NOME:	AMAURO JANUARIO DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV: JUCELINO KUBITSCHKE - VELAME				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A RICARDO BICICLETA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 13 de novembro de 2019.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

081.929.504-33

Amurri Januário da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amurri Januário da Silva

081.929.504-33

Reparador

Rodrigues Alves Albuquerque

1914

Santa Cruz

Campina Grande

PB

58.414-255

83.98667-5227

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Rodrigues de Lima Guedes

064.099.954-90

Matrozeiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00539072 4

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 06/12/2019

Amurri Januário da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB

Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira – Campina Grande.

Fone: 3322 9568 - CEP 58.100970



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre **LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Hora e data do fato: Às 12:00, do dia 11 de outubro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:36, do dia 13 de novembro de 2019.

Local do Ocorrido: AV. JUSCELINO KUBISTCHECK, VELAME, NESTA.

COMUNICANTE/VÍTIMA: AMAURI JANUÁRIO DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 05/10/1987, com 32 anos de idade, ID: 3366769 SSP-PB, REPOSITOR, filho de ARIOSVALDO JANUÁRIO DA SILVA e de LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 197-A, bairro SANTA CRUZ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 83 9.8667-5227

TESTEMUNHAS: ALVARO CORDEIRO VIEIRA, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

HISTÓRICO: INFORMA QUE, NO DIA 11/10/2019, POR VOLTA DAS 12H, ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, COR CINZA, ANO 2007/2008, PLACA MNY7377/PB, CHASSI 9C2KC08108R009604, EM NOME DE SEU IRMÃO RAFAEL JANUÁRIO DA SILVA, NA AVENIDA JUSCELINO KUBISTCHECK, EM FRENTE À LOJA RICARDO BICICLETAS, OCASIÃO EM QUE O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA AREIA EXISTENTE SOBRE O ASFALTO, LHE OCASIONANDO UMA QUEDA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO TORNOZELO.

AUTORIDADE

KARINE DE LIMA VASCONCELOS

COMUNICANTE

AMAURI JANUÁRIO DA SILVA

ESCRIVÃ

SIMONE RODRIGUES



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087.929.504-33 4 - Nome completo da vítima: Amauri Januário da Silva

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

5 - Nome completo: Amauri Januário da Silva 6 - CPF: 087.929.504-33
7 - Profissão: Reparador 8 - Endereço: Rua Sêneca de Albuquerque 9 - Número: 1914 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.417-255
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83.986675227

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Rodrigo de Lima Guedes 19 - Profissão do Representante Legal: Motorista
18 - CPF do Representante Legal: 064.099.954-90

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0047 03 CONTA: 00539072 4
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande 06/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Amauri Januário da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051204/20

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

CPF: 081.929.504-33

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RODRIGO DE LIMA GUEDES : 064.099.954-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AMAURI JANUARIO DA SILVA : 081.929.504-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: RODRIGO DE LIMA GUEDES
CPF: 064.099.954-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

RODRIGO DE LIMA GUEDES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amauri Januario da Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de n° 081/929/504/33, e
no RG de n° 3366769, residente e Domiciliado a
Rua: Servina Alves Albuquerque, n° 79, Bairro
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.417-255.

OUTORGADO: Rodrigo de Lima Guedes brasileiro(a),
estado civil casado, inscrito no CPF de n° 064/099/954/90, e
no RG de n° 3772792 SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paula Roberto Maia, n° 69, Bairro
Presidente Medice, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-000.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Invalidez, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Amauri Januario da Silva ocorrido em 11/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019



Amauri Januario da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
AMAUURI JANUARIO DA SILVA.

Campina Grande/PB 04/12/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé.
Substituída: CELIA MARTA BARBOSA
Selo Digital: AJM93602-DIEK
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Enol R\$9,91 ISS R\$0,50 Farpem R\$0,29
Fepj R\$1,82 MP R\$0,16

2ª Tab. S. Barbosa
Celia Marta Barbosa

