



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
31996 634	02/07/2020 11:47	<a href="#"><u>2731668_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	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 sequelas

**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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>





Ortopedia\_Mão\_Centro Médico

## LEONARDO CEZAR

**DIRETOR CLÍNICO • RQE 4123 e RQE 4359  
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA  
TRAUMATOLOGIA • CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA**

### LAUDO MEDICO

AMAURO 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.



**Ortopedia**

CAMPINA GRANDE 31 DE JANEIRO DE 2020.

Leonardo Cezar  
Ortopedia\_Mão\_Centro Médico  
CRM-PB 022100112575

#### Especialidades

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

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

 Leonardo Cezar  Leonardocezar  [sosortopedia\\_mao\\_centromedico](http://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

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
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 CEP:58400002 Nascimento:05/10/1987

SILVA

Endereço: R JOSE PALHANO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA

QUEIROZ

Responsável: RAFAEL JANUARIO

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. C reptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estmagramento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiça
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Rincragia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Pelotauroma

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO:

Paciente relata queda de motocicleta há 4h. Fazia uso de capacete mas uso de óculos. Relata dor em MIE. Nega náuseas, vômitos ou perda da consciência. (A) Vai para a xm cervical. (B) MVE em AHT, SI RA. (C) TEC (B), pulsos (P). Abdome mole, sem mais de peritonite. (D) Fratura em MIE.

ALERGIA:

negativa

MEDICAMENTOS:

negativa

PATOLOGIAS:

negativa

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( )

Glasgow 15 PA 130x80mm HGT:PC = 65mm 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 80 + AD EV agoraa	
2	Ticatil 40mg + AD EV agoraa	13:50
3		X/10/19
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jardim Fonseca  
CRM-PB 1222 / CRF-PE 1772

RAIO  
REALIZADO X  
11/10/19



**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

12/16/10 10:42 AM  
General Orders  
Functions

As we increase the number of particles  
the average mean square distance -  $\bar{r}^2$  - increases to twice -  $2\bar{r}^2$  -

#### SERVIÇOS REALIZADOS:

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

Profº Fernando Silveira  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mat. 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 ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR:

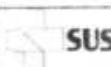
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
VERMELHO

SINAIS VITAIS:					
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE

OBS: SAMU - CG  
ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

Allana Gisella Uchôa  
COREN-PB-SER 133-ENF

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

 <b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>AMAURO JANUARIO DA SILVA</b>				
7 - CARTÃO DO SUS <b>898004830047633</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>05/10/1987</b>	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO <b>83 87616060</b>		
12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) <b>R JOSE PALHANO , 2 , CRUZEIRO</b>		14 - FONE/DE <b>250400</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
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  
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  		25 - CÓDIGO ICD 10  		
26 - CLÍNICA <input checked="" type="checkbox"/> 27 - CARÁTER DA <b>INTERNAÇÃO</b>		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF <b>704304514628896</b>	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FABIO MARCOS CRISPIM LIMA</b>		31 - DATA DA <b>11/10/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> 1 EMPREGADO <input type="checkbox"/> 2 EMPREGADOS  43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF  46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR   				





SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADOS  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**REQUISIÇÃO DE E)**

**NOME:**

Junioris de Silva

**PRONTUÁRIO:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

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

**DADOS CLÍNICOS:**

Trauma em perna (B), ongo, (E)

(3) 77

**RAIO X**

REALIZADO EM:  
11/10/19

**MATERIAL A EXAMINAR:**

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

(E)

**URGÊNCIA:**

**ROTA:**

**DATA:** 11/10/19

**HORA DA SOLICITAÇÃO:**

Dr. Jarbas Furtado  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PB 103127 CRM-PE 23727

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**



## 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: *Fr. Exposto TNZ (E)*

Diagnóstico Final: *D. m. s. m.*

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. M. C. / 2.*

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 CIRÚRGICO 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-PB 16.007



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2013011 Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ Data de Nascimento: 05/10/1987 Admissão: 11/10/2019 DIH - I

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apagamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 3FRASCO, 8h/8h	SUSPENSO
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/2006
4	Diluir em 50 ML SF	
5	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14/12/2006
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6a/6n	12/18/2006
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
8	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	
11	NECESSARIO FAZER DE 88H	
		5/2
		S/N

EVOLUÇÃO 9. Jato seco de sangue

DATA: 12/10/2019 HORA: 11:46:30

1 DPO

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES PRESENTES E SATISFATÓRIAS.

SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA EM FO.

CD: VPM. / *decreto de liberação*

ASSINATURA - CARIMBO  
Euler Fabricio Alves Cruz

*Euler Fabricio A. Cruz*  
MÉDICO  
CRM-PB 9907

13/10/19

Aura Hospitalar + orientação da enfermagem  
Ambulatório + ABS + Água.

*Dr. Yury Pava*  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA  
CRM-PB 10.007



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  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000492828  
Data: 12-10-2019 14:06  
Idade: 32 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
Destino: GERAL

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

*Valores de Referência*

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm <sup>3</sup>	4,7 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
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 <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )	
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	7,0	959	
Segmentados.....	80,0	10.960	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 a 5,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos.....	10,0	1.370	25 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	411	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>	

**OBSERVAÇÕES.....** Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-0993-0ED9-7ECB-75AC-C52E-139D-927F



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



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. 10



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

26

**NOME**  
**PRONTUÁRIO:** AMÍURI JANDÚRIS

**DATA DE NASCIMENTO:**

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

**DADOS CLÍNICOS:**

RK DO TORN. 28 LO BSGUBRU  
NP + perf

ROTONX  
REALIZADO EM:  
21/10/2019

**MATERIAL A EXAMINAR:**

Dr. Rábio Crispim  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB-13413 / CRM-PB-9561  
TELE: 16.173

**EXAME SOLICITADO:**

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO**





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>Flávia Januário da Cunha</u>	Idade:	
Convênio:	<u>5162</u>	Data:	
Procedimento:	<u>Artroscopia fratura exposta de tornozelo (E)</u>		
Cirurgião:	<u>Dr. Fábio Cispim</u>	Auxiliar:	<u>Dr. Maurício</u>
Inicio:	<u>16:00</u>	Término:	<u>17:30</u>
		Anestesia:	<u>Raquel</u>

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MDR-103





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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		~
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		~
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		~
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		~
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		9

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Amáuri Yamunio da Silva Du - 05-10-87  
 QI - LEITE sala 04, 3ºS CONVÉNIO IDADE 32 anos REGISTRO 2012830

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tratamento cirúrgico  
Fratura exposta de Tornozelo esquerdo CIRURGÃO Dr. Fábio Crispim

ANESTESIA raque esquerdo ANESTESIA Dr. Márcilio

INSTRUMENTADORA Thiago DATA 15/10/19 INÍCIO 16:00 FIM 17:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	05		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	05		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.			Compressa Grande	
	Dimore amp.			Compressa Pequena	
	Dolantina amp.			Cotonoide	
	Efrane ml			Dreno	
	Fenegam amp.			Dreno Kerr n°	
	Fentanil ml			Dreno Penrose n°	
	Inova ml			Dreno Pezzer n°	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogolas	
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogolas	
	Nubatin amp.			Equipo de Sangue	
05	Pavulon amp. Dimor 0-0			Equipo de PVC	
	Protigmine amp.	05		Espadrapo Larco cm	
05	Protóxido l/m Fipronacina			Furacim ml	
	Quelicin ml	05		Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifen amp.		04	H <sub>2</sub> O ml	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	05		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.	05		Lâmina de Bisturi n° 23	
	Decadron amp.	05		Lâmina de Bisturi n° 11	
	Dipirona amp.	03		Lâmina de Bisturi n° 15	
02	Flaxidol amp. eugenolina	04		Luvas 7.0	
	Flêbocortid amp.			Luvas 7.5	
	Geramicina amp.			Luvas 8.0	
02	Glicose amp. eugenolina			Luvas 8.5	
	Glucon de Cálcio amp.			Oxigênio l/m	
01	Haemacal ml. nausédron			Pollifix	
	Heparema ml.			PVPI Degemante ml.	
	Kanakion amp.	05		PVPI Tópico ml.	
	Lasix amp.			Sabão Antiséptico	Qtd. SOROS
	Medrotinazol.	02		Saco coletor	05 SG Normotérmico fr 500 ml
	Plasil amp.			Seringa desc. 10 ml	SG Gelado fr 500 ml
	Prolamina	02		Seringa desc. 20 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Revivan amp.			Seringa desc. 05 ml	SG Ringr fr 500 ml
	Stuplanon amp.	12		Sonda	SG fr 500 ml
	Cefalotina 1g			Sonda foilley	Qtd. ORTESE E PRÓTESE
				Sonda Nasogálica	01 plástico 7 furos
				Sonda Uretral n°	por 06 tortecas
				Sterydrem ml	02 ruela
				Torneirinha	02 parafusos epon- joses
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				EQUIPAMENTOS
02	Aguilha desc. 20x12				Oxímetro de Pulso
	Aguilha desc. 28 x 28				( ) Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 3 x 4,5		05 eletrodo		( ) Serra
01	Aguilha p/ raque n° 25		05 algodões orto		( ) Eletrocautério
02	Alcool de Enfermagem 70%		pedras		( ) Desinfector
	Alcool Iodado ml				( ) Oxicapiógrafo
04	Ataduras de Crepon 50 cm				( ) Foco Frontal
	Ataduras de Gessada				( ) Cardiomonitor
	Azul metíleno amp.				( ) FONTE DE LUZ
	Benzina ml				( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francicleide Garcia S. Cândido  
COREN-PB 001.227.391-TE

MOD 066

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Amouri Fonseca da Silveira</i>			IDADE <i>32</i>	SEXO <i>m</i>	COR <i>07</i>	
DATA <i>11/10/19</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Toracozôlo esquerdo</i>						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	EFETO
AGENTES ANESTÉSICOS	OF					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS	<i>SF</i> <i>100</i>				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: 0 - RESPIRAÇÃO 0 - ANESTÉSIA 0 - OPERAÇÃO	<i>1550</i> <i>17.15</i> <i>04/06/20</i> <i>velocíte 150</i>				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
<i>1550</i> <i>17.15</i> <i>04/06/20</i> <i>velocíte 150</i>						MANUTENÇÃO		
<i>1550</i> <i>17.15</i> <i>04/06/20</i> <i>velocíte 150</i>						<i>Cifozolina 20</i> <i>Diidropina 20</i> <i>Perfusão 100ml</i> <i>oxibutetixona 1mg</i> <i>glicose 10%</i>		
						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? _____		
						DESPERTAR		
						Reflexos na SO: _____		
						Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						Com cânula: _____		
						Para o Leito: Sim _____ Não _____		
						CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO								
AGENTES	<i>recolocar o estribo + curar orela + fixar o colo + hidrogel 300g</i>							
TÉCNICA	<i>recolocar o estribo + curar orela + fixar o colo + hidrogel 300g</i>					CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<i>recolocar o estribo + curar orela + fixar o colo + hidrogel 300g</i>							
CIRURGIÕES	<i>recolocar o estribo + curar orela + fixar o colo + hidrogel 300g</i>							
ANESTESISTAS	<i>recolocar o estribo + curar orela + fixar o colo + hidrogel 300g</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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. 15



## CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79 0915

Paciente: AGUILAR MARIA DE SIERRA

Hospital: Regions 18 Children's

Médico: de Fábio

Data da Cirurgia: 16/01/18 Procedimento: colostomia

Prontuário: 201210 Convênio: \_\_\_\_\_

Instrumentadora(O): Teresa Circulante: \_\_\_\_\_

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa 1137 fundo	5.5
01	Parafusos portilais	2.8
14		
02	Parafusos estanho	0
1	1	
45	50	
01	APP	4

Recife, 10 de 20

## Circulante

**Médico Responsável**

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





11/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB  
CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 11/10/2019

NOME: Fabio Marcos Crispim Lima



Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

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

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO 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

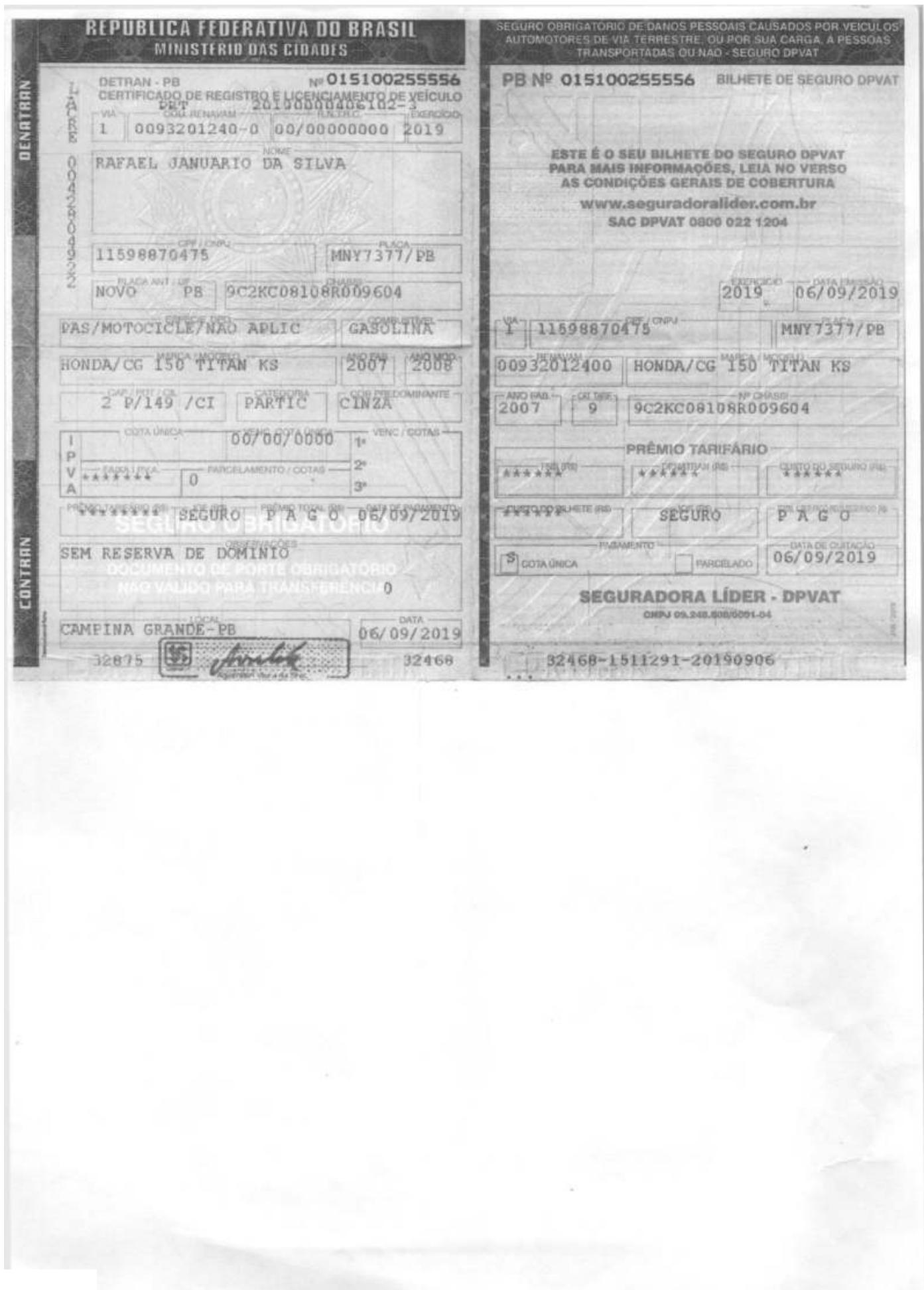
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO
- GARROTEAMENTO DO MIE
- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 DE CANO + 06 PARAFUSOS CORTICais COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
- SUTURA + CURATIVO
- RETIRADA DO GARROTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo  
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fábio Crispim  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB: 23.013 / CRM-PB: 9561  
CMM-PE: 16.173 / TEDT: 16.173





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021147469210000030670192>  
Número do documento: 2007021147469210000030670192

Num. 31996634 - Pág. 19



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. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211474692100000030670192>  
Número do documento: 20070211474692100000030670192

Num. 31996634 - Pág. 21



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capital e regiões metropolitanas: 0800 022 1200 / Outras regiões: 0800 022 12 05

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 doris: 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TUM POR FINALIDADES DISCIPLINARAS, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLUIR, EXAMINAR E INVESTIGAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Guedes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.951 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (i) do Beneficiário

Amáuri Januaria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.501/33,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amáuri Januaria 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:	<u>Rua: Dantes Paula Roberto Maia</u>	Número:	<u>69</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Presidente Médice</u>	Cidade:	<u>Campina Grande</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>Rodrigo2709Lima@gmail.com</u>	CEP:	<u>58.917.686</u>	Tel.(DDD):	<u>83 98783-7307</u>

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Guedes

Assinatura do Declarante

DDLRL.001 V001/2017



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. 22

MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS  
RUA PAULO ROBERTO MNA, 69 - PRÉS MEDICI  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AD: 401)



Laparaz: MONOFÁSICO  
Cle/Sic: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roberto: 14-401-794-540 Referência: Nov/2019  
Medidor: 00036071229 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Ramundo Afonso, 4798 - BR230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ:08.826.596/0001-95 Insc. Est: 16.003.809-1  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N006.180.216  
Cód. para Díta. Automática: 000004200001

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.462.824-76 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conheça a Gisca, 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) 89135-5540.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/10/18	Leratura: 4987	Data: 22/11/18	Leratura: 5084	
<b>Demonstrativo</b>				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa/ C	Var. Base+Cor.	Aloq. Icme(R\$) Base Calc. Pn(R\$) Cofre(R\$)
				Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS - Pn(Cofre(R\$)) (1.0640%) (4.9560%)
0801 Consumo em kWh	81.000,0,738180	58,83	58,83 25	14,81 58,83 0,85 2,97
0801 Adic. B. Amarela		0,42	0,42 25	0,10 0,42 0,00 0,03
0801 Adic. B. Vermelha		3,58	3,58 25	0,89 3,58 0,04 0,18
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIBUIC. PÚBLICA		7,80	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2018		0,95	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2018		1,43	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL: 73,51 63,83 15,80 63,83 0,89 3,17  
Tarifa e/ou Tributos: 0,507380

**Média últimos meses (kWh)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
90 29/11/2019 R\$ 73,51

**Histórico de Consumo (kWh)**  
76 | 78 | 93 | 81 | 92 | 108 | 81 | 95 | 107 | 80 | 80 | 76  
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/19

RESERVADO AO PISCO

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,55	0,03
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,31	
FIC MENSAL	8,50	0,03
FIC TRIMESTRAL	9,60	0,03
FIC ANUAL	13,26	0,03
DMG	3,25	0,00
DICRI	12,32	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Det. da Energia/BO	13,05	17,78
Compra de Energia	25,78	34,71
Serviço de Transmissão	2,78	3,76
Encargos Fiscais	2,94	4,00
Impostos, Encargos e Encargos	26,84	40,32
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>73,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do Euro (Ref. 9/2019) R\$22,46

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS 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.

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: 044.462.824-75  
RUA PAULO ROBERTO MNA, 69 - PRÉS MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

Nosso N.º P/º Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor/Pag.  
31490360000793199 00242089201911 29/11/2019 R\$ 73,51

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ:08.826.596/0001-95  
Av. Dep. Ramundo Afonso, 4798 - BR230 - KM 158 - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700

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

LEDA AMBRA DE LIMA QUEIROZ  
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 15/A - STA CRUZ  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58117-299/PEC-01

Ligação: MUNICIPAL CO  
Classe: P33 MTC / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Ritmo: 14 - 401 - 750 - 9380 Referência: Ser.: 2018  
Medidor: W/1000735877 Leitura: 13/09/2018



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Reinaldo Afonso, 4769 - BR-230 - KM 104 - Telêmaco  
Campina Grande / PB - CEP 58425-700  
CNPJ: 01.826.598/0001-95 - Ins. Est. 16.003.029-1  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°034.710.167  
Gd. para Sib. Automatizado: 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	Lerura	Data	Lerura			
22/08/19	7329	23/09/19	7304			
<b>Demonstrativo</b>						
CCN	Descrição	Qtd. (kWh)	Valor Base Calc. Até Limo(kWh) Base Calc. Ptar(kWh) Corrig(kWh)			
		Tr. (kWh) ICMS(kWh) ICMS Ptar/ICMS(kWh) (0,00046)(0,07050)				
0001	Consumo gnl (WV)	36.000	0,712070 36.63 25 8,41 26,60 0,17 0,78			
0001	Adm. 3. Vermelha		2,02 3,82 25 0,80 2,02 0,01 0,00			
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0004	JUROS DE MORA 09/2019		0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0025	MULTA-09/2019		0,47 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0002	BEM SEGURO FÁCIL-ACE 09/2019		1,59 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCN Código de C. serv/ cupo do item	TOTAL	30,33	27,89	8,91	27,25	0,18	0,35
Tarifa e/ou Tributos		0,50730					

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

<b>Histórico de Consumo (kWh)</b>											
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
IC MENSAL	4,52	0,00	Desvio da Dist. da Energia/FIO	9,66	27,44
IC TRIMESTRAL	11,16	NOMINAL	Desvio da Tensão	11,00	33,11
IC ANUAL	22,21		Desvio da Tensão	2,26	3,71
IC MENSAL	1,11	0,00	Excesso Bemtes	1,02	3,91
IC TRIMESTRAL	3,86	CC6 TRATADA	Desvio Distrital e Excesso	8,43	24,99
IC ANUAL	13,26	LIMITE inferior	Outros Serviços	5,59	18,57
IC	2,21	0,00	Total	33,73	100,00
	12,24		Valor do IEGD (Ref. 7/2019) R\$ 624		

<b>ATENÇÃO</b>	<b>Faturas em atraso</b>
Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 0 -	
- O cancelamento de cobrança da fatura e a emissão da fatura sem tributos e impostos podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.	





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:

<b>DATA:</b> 11/10/2019	<b>HORA:</b> 12:57 HRS	<b>ID Nº:</b> 110071
<b>NOME:</b> AMAURI JANUARIO DA SILVA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> AV: JUCELINO KUBITSCHKEK - VELAME		
<b>COMPLEMENTO:</b> EM FREnte A RICARDO BICICLETA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
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



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. 25



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
22<sup>a</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
**7<sup>a</sup> 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 N° 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  
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: 081.929.504-33 4 - Nome completo da vítima: Amáuri 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: Amáuri Januário da Silva 6 - CPF: 081.929.504-33  
 7 - Profissão: Repórter 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 191A Casa  
 11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.417-755  
 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:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0091

03

CONTA: 00539072

4

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Campina Grande 06/17/2019*
*Amáuri Januário da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS







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. 29



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



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. 30



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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

Pag. 00075/000076 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020038



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. 31

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439362/19

**Vítima:** AMAURI JANUARIO DA SILVA

**CPF:** 081.929.504-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Titular do CPF:** AMAURI JANUARIO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### 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

#### AMAURO 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](http://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



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. 32

PROCURACÃO

**OUTORGANTE:** Amauri Januário da Silva brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, inscrito no CPF de nº 081/929/544/33 e  
no RG de nº 3366769, residente e Domiciliado a  
Rua: Selma Alves Albuquerque, nº 79, Bairro  
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado  
Paraíba, CEP 58.717-255.

**OUTORGADO:** Rodrigo 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 Mair, nº 69, Bairro  
Presidente Nicanor, na cidade de C. Grande /estado  
Paraíba, CEP 58.900-000.

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 Januário da Silva ocorrido em 22/10/12,  
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

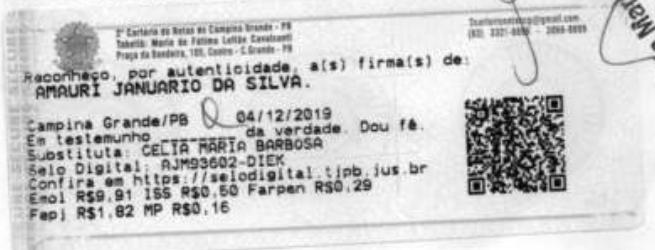
Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019

2º CARTÓRIO  
C. GRANDE-PB

Amauri Januário da Silva

Outorgante

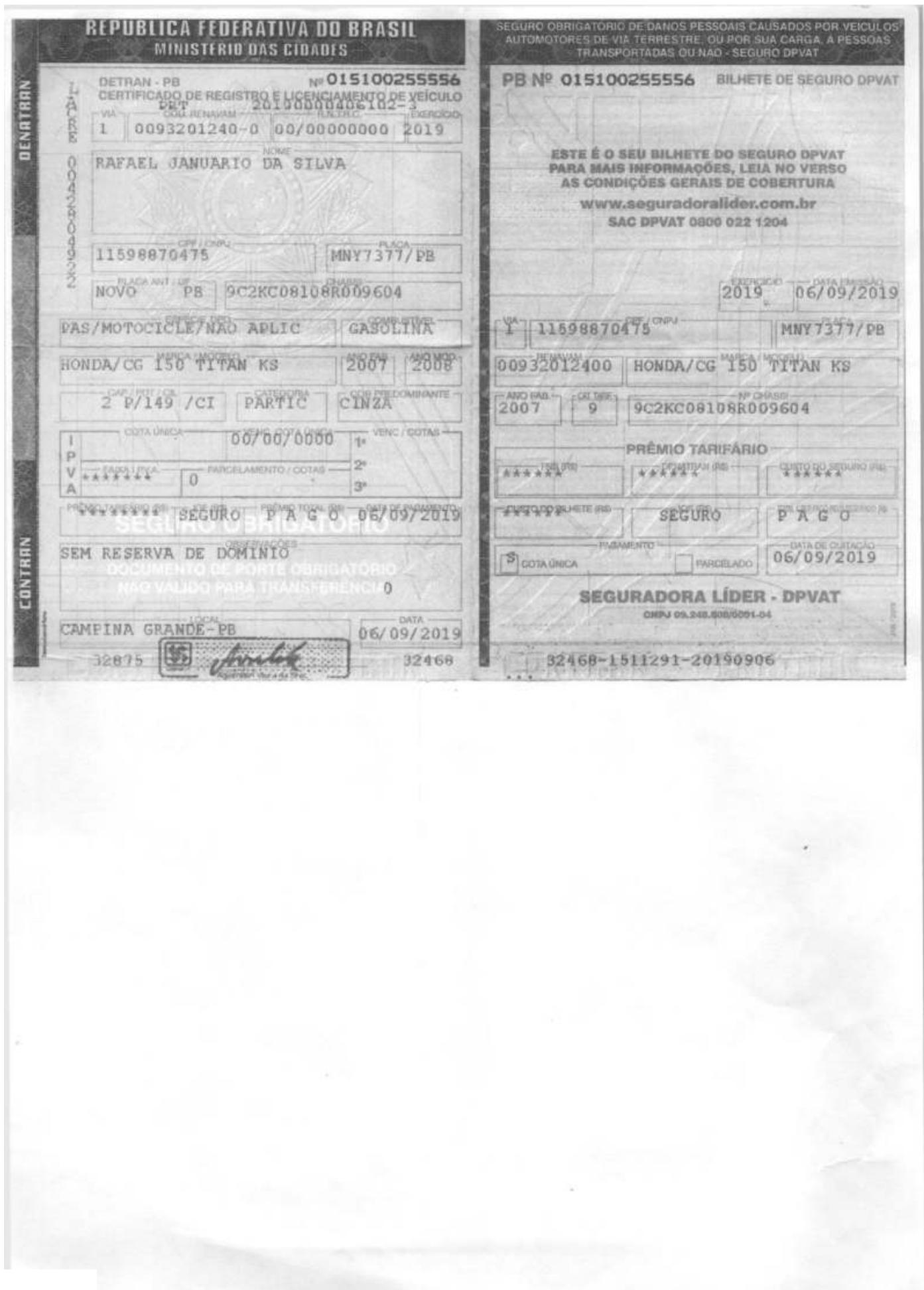
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





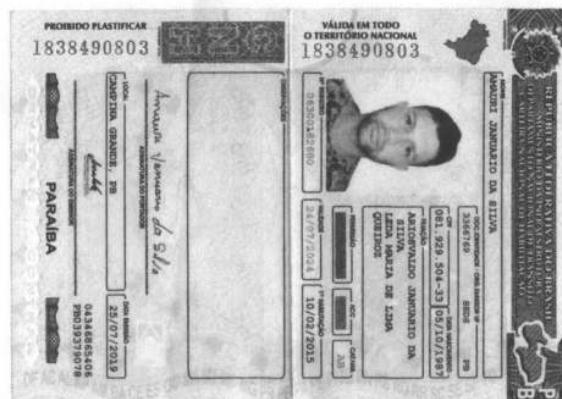
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021147469210000030670192>  
Número do documento: 2007021147469210000030670192

Num. 31996634 - Pág. 34



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

Núm. 31996634 - Pág. 35





31/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  Alta hospitalar /  Alta revélia  
 Internação (setor) \_\_\_\_\_  Decisão Médica  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL  Vômito

Prof. Fernando da Silveira  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

#### SERVIÇOS REALIZADOS:



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. 38

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  
Data: 11/10/2019

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

## ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 11/10/2019 HORA: 15

**MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO**

**SINAIS VITAIOS**

DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO  
DEE. MOTORIA ( )SIM (X)NÃO

卷之三

## ALERGIAS : NEGA MEDICAÇÃO EM URG.

## MEDICAÇÃO EM L ESTADO GERAL:

## ESTADO GERAL: AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
( ) ERICASTRAGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) AMELEIA ( ) ESTRÍOL ( ) TOsse



#### ESCALA DE DOR:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO

OBS: SAMU - CG  
ENFERMEIRO/CO

Uchât  
Allana Gustafsson  
COREN-9851513-ENF



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:47:47  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021147469210000030670192>  
Número do documento: 2007021147469210000030670192

Núm. 31996634 - Pág. 39

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



Sistema  
Único do  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## -Identificação do Estabelecimento de Saúde-

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

## -Identificação do Paciente-

5 - NOME DO PACIENTE

AMAURI JANUARIO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2013011

7 - CARTÃO DO SUS

898004830047633

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/10/1987

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 N.º DE TELEFONE 87616060

12 - ENDERECO (RUA, NÚMERO)

R JOSE PALHANO , 2 , CRUZEIRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - COD. CID

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

00000000000000000000000000000000

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA  
INVESTIGAÇÃO28 - DOCUMENTO  
(Nº CNS / Nº CPF)

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - N° DO BILHETE

00000000000000000000000000000000

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

31 - DATA DA  
SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - SÉRIE

00000000000000000000000000000000

## 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURO-ORA

37 - N° DO BILHETE

00000000000000000000000000000000

## 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - SÉRIE

## 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

## 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESINTEGRADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

## 49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

53 - CNS

54 - CPF

55 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - N.º CNS

57 - N.º CPF

58 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - N.º CNS

60 - N.º CPF

61 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - N.º CNS

63 - N.º CPF

64 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - N.º CNS

66 - N.º CPF

67 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - N.º CNS

69 - N.º CPF

70 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - N.º CNS

72 - N.º CPF

73 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - N.º CNS

75 - N.º CPF

76 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - N.º CNS

78 - N.º CPF

79 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - N.º CNS

81 - N.º CPF

82 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - N.º CNS

84 - N.º CPF

85 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - N.º CNS

87 - N.º CPF

88 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - N.º CNS

90 - N.º CPF

91 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - N.º CNS

93 - N.º CPF

94 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - N.º CNS

96 - N.º CPF

97 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - N.º CNS

99 - N.º CPF

100 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - N.º CNS

102 - N.º CPF

103 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104 - N.º CNS

105 - N.º CPF

106 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107 - N.º CNS

108 - N.º CPF

109 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110 - N.º CNS

111 - N.º CPF

112 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - N.º CNS

114 - N.º CPF

115 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - N.º CNS

117 - N.º CPF

118 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119 - N.º CNS

120 - N.º CPF

121 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

122 - N.º CNS

123 - N.º CPF

124 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - N.º CNS

126 - N.º CPF

127 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - N.º CNS

129 - N.º CPF

130 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - N.º CNS

132 - N.º CPF

133 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

134 - N.º CNS

135 - N.º CPF

136 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137 - N.º CNS

138 - N.º CPF

139 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140 - N.º CNS

141 - N.º CPF

142 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - N.º CNS

144 - N.º CPF

145 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146 - N.º CNS

147 - N.º CPF

148 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149 - N.º CNS

150 - N.º CPF

151 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152 - N.º CNS

153 - N.º CPF

154 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - N.º CNS

156 - N.º CPF

157 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158 - N.º CNS

159 - N.º CPF

160 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - N.º CNS

162 - N.º CPF

163 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164 - N.º CNS

165 - N.º CPF

166 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167 - N.º CNS

168 - N.º CPF

169 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170 - N.º CNS

171 - N.º CPF

172 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - N.º CNS

174 - N.º CPF

175 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - N.º CNS

177 - N.º CPF

178 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179 - N.º CNS

180 - N.º CPF

181 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

182 - N.º CNS

183 - N.º CPF

184 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - N.º CNS

186 - N.º CPF

187 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - N.º CNS

189 - N.º CPF

190 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191 - N.º CNS

192 - N.º CPF

193 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

194 - N.º CNS

195 - N.º CPF

196 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

197 - N.º CNS

198 - N.º CPF

199 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

200 - N.º CNS

201 - N.º CPF

202 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

203 - N.º CNS

204 - N.º CPF

205 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

206 - N.º CNS

207 - N.º CPF

208 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

209 - N.º CNS

210 - N.º CPF

211 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

212 - N.º CNS

213 - N.º CPF

214 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

215 - N.º CNS

216 - N.º CPF

217 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

218 - N.º CNS

219 - N.º CPF

220 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

221 - N.º CNS

222 - N.º CPF

223 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

224 - N.º CNS

225 - N.º CPF

226 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

227 - N.º CNS

228 - N.º CPF



SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE E)

NOME:

Junurio de Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS: Trauma em perna (B), ongo, (E) (377)

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X

REALIZADO EM:  
11/10/19

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

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Figueira  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PE 10312 / CRM-PE 23727

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



## 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: *Fractura 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. Ywry Camera*

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 CIRÚRGICO 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 10.507





## PREScrição MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2013011 Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ Data de Nascimento: 05/10/1987 Admissão: 11/10/2019 DIH - I

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 3FRASCO, 8h/8h	SUSPENSO
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12/18/2019
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	12/22/2019
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/2019
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	12/18/2019
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/18/2019
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	S/N

EVOLUÇÃO 9. Jolo seco

DATA: 12/10/2019 HORA: 11:46:30

1 DPO

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES PRESENTES E SATISFATÓRIAS.

SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA EM FO.

CD: VPM. 7 deambulando bem.

ASSINATURA - CARIMBO  
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio Alves Cruz  
MÉDICO  
CRM-PB 9907

13/10/19

Aura Hospitalar + de ambulante de nenh  
ambulante + ABS + tina.

Dr. Yvain Paiva  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA  
CRM-PB 11.330

Sr(a): **AMAURO 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 <sup>3</sup>	4,2 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	12,5 a 15,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	39,0 a 52,5 %
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	30,9 a 34,6 g/dL

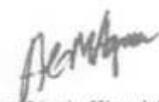
**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	13.700 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílicos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	959
Segmentados.....	80,0	10.960 40 a 70 % - 1.000 a 2.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0 a 8,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos		
Típicos.....	10,0	1.370 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	411 2,0 a 10,0 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

 OBSERVAÇÕES..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

  
**Ana Cassia Miguel Agra**  
 Biomédica  
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-0993-0ED9-7ECB-75AC-C52E-139D-927F



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

24

NOME

PRONTUÁRIO: AMÍURI JANDIRIS

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

RX DD TORN 28 LD BSGUBRU  
NP + prof

REQUISITANTE: EM:  
21/10/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

REQUISITANTE: EM:  
21/10/2019

EXAME SOLICITADO:

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

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Anderson Januário da Cunha	Idade:	20
Convênio:	2002	Data:	01/03/2002
Procedimento:	Plast. cirúrgico fratura exposta de tornozelo (E)		
Cirurgião:	Dr. Fábio Ciprini	Auxiliar:	Dr. Marcius
Inicio:	16:00	Término:	17:30
		Anestesia:	Raquel

### Assinatura Anestesista

## Circulante

*Relatório de Operação*

MOD. 103





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		~
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		~
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		~
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		~
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		9

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Amauri Yamunio da Silva Du - 05.10.87					<b>GOVERNO</b> <b>DA PARAÍBA</b> <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
—	sala 04. 3vs		32 anos	2012830		
CIRURGIA Tratamento cirúrgico Fratura exposta de Tornozelo esquerdo			CIRURGIAO Dr. Fábio Crispim			
ANESTESIA Ráque			ANESTESIA Dr. Márcio			
INSTRUMENTADORA Thiago	DATA 15/10/19		INICIO 16:00	FIM 17:30		
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
05	Adrenalina amp.		Calef. p/ Óxg.		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.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Penrose n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Pezzer n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Penrose n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
05	Pavulon amp. Dimorf 0-0		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
05	Protocolo l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O, ml	04	Mononylon 2-0	----
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qty.	MEDICAÇÕES		03		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
03	Dipacron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
03	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Plaxidol amp. eufazolina		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
02	Glucose amp. eetoprofeno		Luvas 8.5 pedicida			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
03	Haemacel ml. naurectom		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		2/larar fer.	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
	Stuplanon amp.		Sonda foley	Qty.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	03	03 placa 07 furos	
			Sonda Uretral n°		par 06 costeiras	
			Steridrem ml		03 ruela	
			Torneirinha		02 parafusos espessos	
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		jatos	
02	Agulha desc. 10 x 12		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5		05 fletrode			
01	Agulha p/ ráque n° 25		05 algodão orto			
02	Álcool de Enfermagem 70%		pedicida			
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 30 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnôgrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
Francicleide Garcia S. Cândido						
COREN-PB 001.227.391-TE						
MOD 066						

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Amouri Júnior da Glú</i>		IDADE <i>32 A</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>W</i>		
DATA <i>14/10/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Tornozelo esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA			APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS	O'						INDUÇÃO	
LÍQUIDOS						Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
						Laringo: _____	esparso: _____	Lenta: _____
					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
					Outros: _____			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL - O PULSO - O RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA - O - OPERAÇÃO						MANUTENÇÃO		
						<i>Clozolox 20 Diazepam 20 Benzodiazepin 100mg Oxidacetato 1000mg Glicose 1000ml</i>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? _____		
POSIÇÃO						DESPERTAR		
						Reflexos na SO: _____	Obstr.: _____	Co <sub>2</sub> : _____
AGENTES						Náuseas: _____	Vômitos: _____	
						Outros: _____		
TÉCNICA						Com cânula: _____		
						Paro o Leito: Sim _____ Não _____	CONDIÇÕES:	
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGUÍNEA	





## CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

Paciente: AMAUROI ANDRADE DA SILVA  
Hospital: IGUASSU  
Médico: DR. FÁBIO  
Data da Cirurgia: 11/10/19 Procedimento: separação da Iguassu  
Prontuário: 2012830 Convênio:  
Instrumentadora(O): THAIS Circulante:

Quant.	Materials Utilizados	Lote
06	PLAQUA 1/3 7 mm x 22	3.5
06	PARAFUSOS CORTAIS	3.5
	14	
02	PARAFUSOS 6.5 Parafuso	103
	1 1 45 50	
01	APPLICA	

Recife, 11 de 10 de 2019

## Circulante

### **Médico Responsável**

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





11/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE FAMÍLIA E TRAUMA DOA LUTZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairiporã, Campina Grande - PB.  
NOME: Fábio Marcos Crispim Lima

CNPJ: 08.778.268/0036-52

Data: 11/10/2019



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

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO 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

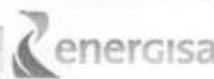
Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo  
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fábio Crispim  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB: 3313 / CRM-PB: 9561  
TGD: 16.173



MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS  
RUA PAULO ROBERTO MNA, 69 - PRÉS MEDICI  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AD: 401)



Laparaz: MONOFÁSICO  
Cle/Sic: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roberto: 14-401-794-540 Referência: Nov/2019  
Medidor: 00036071229 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Ramundo Afonso, 4798 - BR230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ:08.826.596/0001-95 Insc. Est: 16.003.809-1  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N006.180.216  
Cód. para Díta. Automática: 000004200001

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.462.824-76 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conheça a Gisca, 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) 89135-5540.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/10/18	Leratura: 4987	Data: 22/11/18	Leratura: 5084	
<b>Demonstrativo</b>				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa/ C	Var. Base+Cor.	Aloq. Icme(R\$) Base Calc. Pn(R\$) Cofre(R\$)
				Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS - Pn(Cofre(R\$)) (1.0640%) (4.9560%)
0801 Consumo em kWh	81.000,0,738180	58,83	58,83 25	14,81 58,83 0,85 2,97
0801 Adic. B. Amarela		0,42	0,42 25	0,10 0,42 0,00 0,03
0801 Adic. B. Vermelha		3,58	3,58 25	0,89 3,58 0,04 0,18
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIBUIC. PÚBLICA		7,80	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2018		0,95	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2018		1,43	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL: 73,51 63,83 15,80 63,83 0,89 3,17  
Tarifa e/ou Tributos: 0,507380

**Média últimos meses (kWh)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
90 29/11/2019 R\$ 73,51

**Histórico de Consumo (kWh)**  
76 | 78 | 93 | 81 | 92 | 108 | 81 | 95 | 107 | 80 | 80 | 76  
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,55	0,03
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,31	
FIC MENSAL	8,50	0,03
FIC TRIMESTRAL	8,60	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,26	LIMITE INFERIOR
DMG	3,26	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,32	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Det. da Energia/BO	13,05	17,78
Compra de Energia	25,76	34,71
Serviço de Transmissão	2,76	3,76
Encargos Fiscais, Tributários e Encargos	2,94	4,00
Impostos, Encargos e Encargos	26,84	40,32
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>73,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do Euro (Ref. 9/2019) R\$22,46

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS 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.

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: 044.462.824-75  
RUA PAULO ROBERTO MNA, 69 - PRÉS MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

Nosso N.º P.º Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Paga  
31490360000793199 00242089201911 29/11/2019 R\$ 73,51

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ:08.826.596/0001-95  
Av. Dep. Ramundo Afonso, 4798 - BR230 - KM 158 - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capital e regiões metropolitanas: 0800 022 1200 / Outras regiões: 0800 022 12 05

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 doris: 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TUM POR FINALIDADES DISCIPLINARAS, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLUIR, EXAMINAR E INVESTIGAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Guedes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.951 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (i) do Beneficiário

Amáuri Januaria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.501 / 33,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amáuri Januaria 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 Lider-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:	Rua: Dantes Paula Roberto Maia	Número:	69	Complemento:	Casa		
Bairro:	Presidente Medice	Cidade:	Campina Grande	Estado:	PB	CEP:	58.917.686
E-mail:	Rodrigo27091991@gmail.com					Tel.(DDD):	83 98783-7307

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Guedes

Assinatura do Declarante

DDLRL.001 V001/2017



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. 54

LEDA AMBRA DE LIMA QUEIROZ  
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 15/A - STA CRUZ  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58117-299/PEC-01

Ligação: MUNOFÁS CO  
Classe: P33 MTC 1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Potro: 14 - 401 - 750 - 9380 Referência: Ser: 2018  
Medidor: W/1000735387 Leitura: 13/09/2018



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Reinaldo Afonso, 4769 - BR-230 - KM 104 - Telêmaco  
Campina Grande / PB - CEP 58425-700  
CNPJ: 01.826.598/0001-95 - Ins. Est. 16.003.029-1  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°034.710.167  
Gd. para Sib. Automático: 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	Lerura	Data	Lerura			
22/08/19	7323	23/09/19	7304			
Demonstrativo						
CC/ Detalhado	Quartil: 11/130	Válor Base Calc. Até Límite R\$ Base Calc. Pós R\$ Constante				
		Transito Tela(TS) ICMS(RB) ICMS PIS/Cofins(RB) (0,00000) (0,07050)				
0001 Consumo em MW	36.000,00 0,712070	36.63 25,63 25 0,41 26,60 0,17 0,78				
0001 Adm. 3. Vermelha		2,02 3,02 25 0,80 2,02 0,01 0,00				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004 JUROS DE MORO 09/2019		0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0025 MULTA-09/2019		0,47 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0002 BEM SEGURO FÁCIL-ACE 09/2019		1,59 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				

CC/ Código de Custo aplicado ao item TOTAL  
Tarifa e/ou Tributos 0,507930 30,33 27,89 6,91 27,25 0,18 0,35

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

Histórico de Consumo (kWh)																					
31	37	1	35	1	35	1	39	1	40	1	40	1	42	1	37	1	34	1	33	1	31
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Ag/19										

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
IC MENSAL	4,52	0,00	Desvio da Dist. da Energia R\$0	5,66	17,44
IC TRIMESTRAL	11,16	NOMINAL	Desvio da Tensão	11,00	33,33
IC ANUAL	22,21		Desvio da Tensão	2,26	5,71
IC MENSAL	1,11	0,00	Excedente Bemstar	1,02	3,91
IC TRIMESTRAL	3,86	COB TRATADA	Desvio Distrital e Excedente	0,43	24,99
IC ANUAL	13,21	LIMITE inferior	Outros Serviços	5,59	18,57
IC	2,21	0,00	Total	33,73	100,00
IC	12,24		Valor do BEM (Ref. 7/2019) R\$ 624		

<b>ATENÇÃO</b> Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 0- - O cancelamento de cobrança da fatura e a emissão de fatura sem tributos e/ou impostos poderão ser solicitados a qualquer momento no distribuidor.	<b>Faturas em atraso</b>
--	--------------------------





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:

<b>DATA:</b> 11/10/2019	<b>HORA:</b> 12:57 HRS	<b>ID Nº:</b> 110071
<b>NOME:</b> AMAURI JANUARIO DA SILVA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> AV: JUCELINO KUBITSCHKEK - VELAME		
<b>COMPLEMENTO:</b> EM FREnte A RICARDO BICICLETA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
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



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. 56



## 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 Amáuri 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: Amáuri Januário da Silva 6 - CPF: 081.929.504-33  
7 - Profissão: Repórter 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
Repórter 97000-0000 191A Casa  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-755  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 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: Rodrigo de Lima Guedes

18 - CPF do Representante Legal: 064.099.954-90

19 - Profissão do Representante Legal: Metalúrgico

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\$1.00 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):

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0091 CONTA: 00539072 (4)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (4)

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos? Vivos: Falecidos? teve irmãos? Vivos: Falecidos? pais/avós vivos? Vivos: Falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Campina Grande 06/17/2019*

*Amáuri Januário da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
22<sup>a</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
**7<sup>a</sup> 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 N° 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  
AMAURI JANUÁRIO DA SILVA

ESCRIVÃ

SIMONE RODRIGUES







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. 60

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051204/20

**Vítima:** AMAURI JANUARIO DA SILVA

**CPF:** 081.929.504-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Titular do CPF:** AMAURI JANUARIO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### 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

#### AMAURO 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](http://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



PROCURACÃO

**OUTORGANTE:** Amauri Januário da Silva brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, inscrito no CPF de nº 081/929/544/33 e  
no RG de nº 3366769, residente e Domiciliado a  
Rua: Selma Alves Albuquerque, nº 79, Bairro  
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado  
Paraíba, CEP 58.717-255.

**OUTORGADO:** Rodrigo 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 Mair, nº 69, Bairro  
Presidente Nicanor, na cidade de C. Grande /estado  
Paraíba, CEP 58.900-000.

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 Januário da Silva ocorrido em 22/10/12,  
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019

2º CARTÓRIO  
C. GRANDE-PB

Amauri Januário da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

