
Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JANNYEL AVELINO DE LUNA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000002655-7**

Conta: **000000200114-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO Número: 62 Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: ALAGOA NOVA Estado: PB CEP: 58125.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83)

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 2655 7 CONTA: 0200334 4

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Alagoas Nova - PB - 23/10/2019

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

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

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



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - PB 53101-106 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000242/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000242/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:57 horas, compareceu o Sr. JANNYEL AVELINO DE LUNA, com 31 anos de idade, filho de JOSÉ AVELINO DE LUNA e MARIA JOSÉ DE LUNA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estável, escolaridade Medio Incompleto, profissão AUTONOMO, portador da Cédula de Identidade Nº 3.363.711, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07892095438, residindo à rua ALMEIDA CASTRO, 62, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-9404.4585.

Declarou que:

Informa o comunicante, que na noite do dia 07.06.2019, estava se deslocando da cidade de Alagoa Nova em direção a cidade de Lagoa Seca/PB, trafegando pela Rodovia PB 079, conduzindo a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, ano/modelo 2011/2011, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680BR530720, de placa OEWT-7026/PB, licenciada em nome de Luiz Paulo Soares da Silva, quando nas proximidades da ponte do Sítio Floriano foi "fechado" por outra motocicleta marca HONDA, de cor preta, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motocilista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JANNYEL AVELINO DE LUNA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO Número: 62 Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: ALAGOA NOVA Estado: PB CEP: 58125.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83)

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 2655 7 CONTA: 0200334 4

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Alagoas - Maceió - PB - 23/10/2019

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

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

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

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

Dij

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

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

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179	8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 994044585
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250040
15 - UF PB	16 - CEP 58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Paciente vítima de acidente de auto com dor, desconforto e ferimento na perna direita</p>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Necessidade de cirurgia</p>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Exame físico - + RAB - x</p>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura exposta de tíbia @
21 - CID 10 PRINCIPAL S822
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Int. Cirurgias Int. Físio	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050500
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	37 - N° DO BILHETE 	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	40 - CNAE DA EMPRESA 	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02655-7

CONTA: 000000200114-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0511201905000000000023702655000000200114236250 PAGO

energisat

Note Fiscal: Contiene Elementi Straneri 40027 741 20%

Canal de contato

Junta de go MOVMENTO VÁSCIA BRASIL. São Paulo: 2001.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data 07/07/18	Leitura 4120	Data 07/07/18	Leitura 4275			
				1	155	33

Demonstrative

Demonstrativo							
COD	Descrição	Contas a Pagar	Valor Base 2019	Alíq. Contrib. IR	Base de Cálculo	Contrib. IR	Valor IR
		Trabalho	Emprego	Emprego	Emprego	Emprego	Emprego
0001	Contribuição em folha	77.200.000,00	88,88	88,88	10,07	43,38	3,88
0001	Adic. S. Ambrosia		0,92	0,62	25	0,19	2,51
							0,00
0007	CONTRIBUIÇÃO LUXO		1,88	0,00	0	0,00	0,00
0008	JURISDIÇÃO		0,31	0,00	0	0,00	0,00
0025	MULTA		1,38	0,00	0	0,00	0,00

DOI Catalogue de Classification des Items	TOTAL	66.35	55.42	15.12	66.90	5.00	2.31
Surface Totale	3.021728						

Media últimos meses (kW/h)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	11/08/2019	R\$ 68,39

Histórico de Consumo (k'Wh)

112	108	114	110	140	151	179	125	122	143	124	114
Jan18	Apr18	Dec18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	Mar19	Jun19

RESERVADO AO FISCO

b5c2 3d2d 9b81 cce9 164e 301e aba1 3422

Indicadores de Qualidade: 3/2018/0004

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
C. O. MENOR	8,47	0,27	MENOR
C. O. INTERMEDIAR	11,40		
C. O. MAIOR	20,23		
P. O. MENOR	3,42	1,00	INTERMEDIAR
P. O. INTERMEDIAR	7,11		MAIOR
P. O. MAIOR	11,71		
D.M.	2,14	0,30	INTERMEDIAR
D.C.	1,65		MAIOR
D.R.	1,65		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servico de Out. de Engenharia	16,35	22,49
Campainha e Rótulo	22,12	32,47
Servico de Transporte	2,29	3,48
Emprego Selo	3,89	5,71
Importar Caixa e Bloco	21,96	35,06
Caixa Selo	8,00	12,00
Total	88,28	100,00

retrieved from EUSO (Ref 3/2018): 95-99/30

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Case published online

BANCO DO BRASIL - SACAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180 00009 02624 912008 03656 289173 6 797800000006839

PAZADOR JOELSON AROCAJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ 083.910.888-85
LUGAR: RUA DO CARIACÁ, 88 - JARDIM SANTO ANTONIO - MACEIÓ - AL - CEP: 57010-000 - FONE: (32) 3242.1004 / 3242.1005

Número:	Nº Documento:	Data de Vencimento:	Valor do Cobranço:	Valor Pago:
2642130003AAA000	001732151001937	11/09/2019	R\$ 80,30	

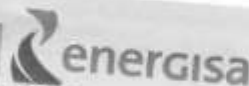
BRASILCARIO ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 06.706.193/0001-40
R. 110, Km 24, Quilômetro Receptor, João Ressaia, PR, CEP 59071-620

Appendix C: Code in R environment 1084-3/1447-3



JOSE AVELINO DE LUNA
RUA ALMEIDA CASTRO, 83 - CENTRO
ALAGOA NOVA/PE CEP: 57050-000 (AQ: 21)

Ligação: MONOFÁSICO
Cia/Sbc: RES MTC B1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S- 77- 815- 8720 Referência: Ago / 2019
Medidor: 00008150340 Emissão: 08/08/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R: 230, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Contador Energia Elétrica Nº 028.326.726
Cód. para Deb. Automático: 00007415412

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2019 09/08/2019 10/09/2019 633.994.157-53

UC (Unidade Consumidora): 5/241541-2

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/07/18	46445	09/08/19	48064	1	219	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alig. (R\$)	Base Calc. Fio(R\$)
Tributos Totais(R\$)				ICMS(R\$)	ICMS	PasCobran(R\$)
0801	Consumo em kWh	219,000	0,8544/0	187,11	187,11	2,02
0801	Adc. B. Amarela			3,42	3,42	0,04
0801	Adc. B. Vermelha			3,94	3,94	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			5,31	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITARU LEI 10438/2002 07/2018			-2,28	0,00	0,00
TOTAL				197,43	194,47	82,50
Tributos Totais				194,47	82,50	194,47
CC: Códigos de Classificação de Rem				2,10	0,71	

Média últimos meses (kWh)
237

VENCIMENTO

01/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,43

Histórico de Consumo (kWh)

243 | 224 | 224 | 223 | 220 | 247 | 227 | 285 | 250 | 230 | 222 | 250
Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19

RESERVADO AO FISCO

d720.d546.c80b.305a.ae74.d30f.6c94.8ed1

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DISCONTINUIDADE	TRIMESTRAL		NOMINAL	CONTRATADA
DISCONTINUIDADE	8,47	0,00	200	200
DISCONTINUIDADE	13,94			
DISCONTINUIDADE	25,89			
DISCONTINUIDADE	9,42	0,00	200	200
DISCONTINUIDADE	6,85			
DISCONTINUIDADE	13,70			
DISCONTINUIDADE	9,80	0,00	200	200
DISCONTINUIDADE	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia Elétrica	43,18	21,80
Compra de Energia	70,08	35,10
Serviços de Transmissão	6,72	3,37
Encargos Setoriais	10,20	5,11
Impostos, Dividas e Encargos	69,52	34,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	199,68	100,00

Valor em Euro (Ref. 8/2019) R\$ 70,14

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANNYEL AVELINO DE LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANNYEL AVELINO DE LUNA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38, 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: RUA ALMEIDA CASTRO

Número: 62

Complemento: —

Bairro: CENTRO

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

Tel. (DDD): (83) 98116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 21/10/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante

Israel de Souza Farias
ABOGADO
OAB/PB 25.670

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, LUÍZ PAULO SOARES DA SILVA
RG nº 333.9291, data de expedição 12/03/2008
Órgão _____, portador do CPF nº 076.985.494.02
com domicílio na cidade de ALAGOA NOVA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSE ANTONIO FRUTUOSO, nº 82,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jammyel Anselino de Luna, cujo o condutor era
Jammyel Anselino de Luna. Veículo:
motocicleta Modelo: Honda/CG 150 FAN ESDI Ano: 2011/2011
Placa: DET7026/PB Chassi: 9C2 KC1680 BR530720
Data do Acidente 07/06/2019

Local e Data: Alagoa Nova - PB 08/08/2019

Luiz Paul Soares da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
R. Clotário Leite 118 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 51200-000 - Fone: (31) 3351-1968 TABELIÃO PÚBLICO

reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

ou fé. Alagoa Nova/PB - 09/09/2019

escrivente: ANTONIO GERALDO DE ATAÍDE NETO

do Digital: AJC55614-13CC

consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

not R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCRIVENTE





Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

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

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

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179	8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 994044585
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova	14 - Cód. INGE. MUNICÍPIO 250040 15 - UF PB 16 - CEP 58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paralisação intraúter de acidente de auto com dor, desconforto e fêmea na parte direita</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico - + Lab - x</i>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura exposta de fêmur @</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S822</i>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Int. Cirurgias Int. fêmur</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040805050</i>
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

From the Department of
the State of New York

Recorded in the

Office of the

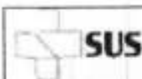
2892

State of New York

Just Comptroller

0102020200

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JANNYEL AVELINO DE LUNA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1915892

7 - CARTÃO DO SUS
708506369562179

8 - DATA DE NASCIMENTO
18/07/1988

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE D LUNA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 Nº DE TELEFONE 994044585

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Alagoa Nova

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
250040

15 - UF
PB

16 - CEP
58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de carro com dor, desconforto e ferimento na perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Exame físico + Raio - x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura exposta de tíbia

21 - CID 10 PRINCIPAL
S80.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura exposta de tíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

86.05.05.00

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/06/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data: 07/06/2019

Horas: 23:00:01

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva



GOVERNO
DA PARAÍBA

PREScrição MÉDICA

9-1
1915892

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

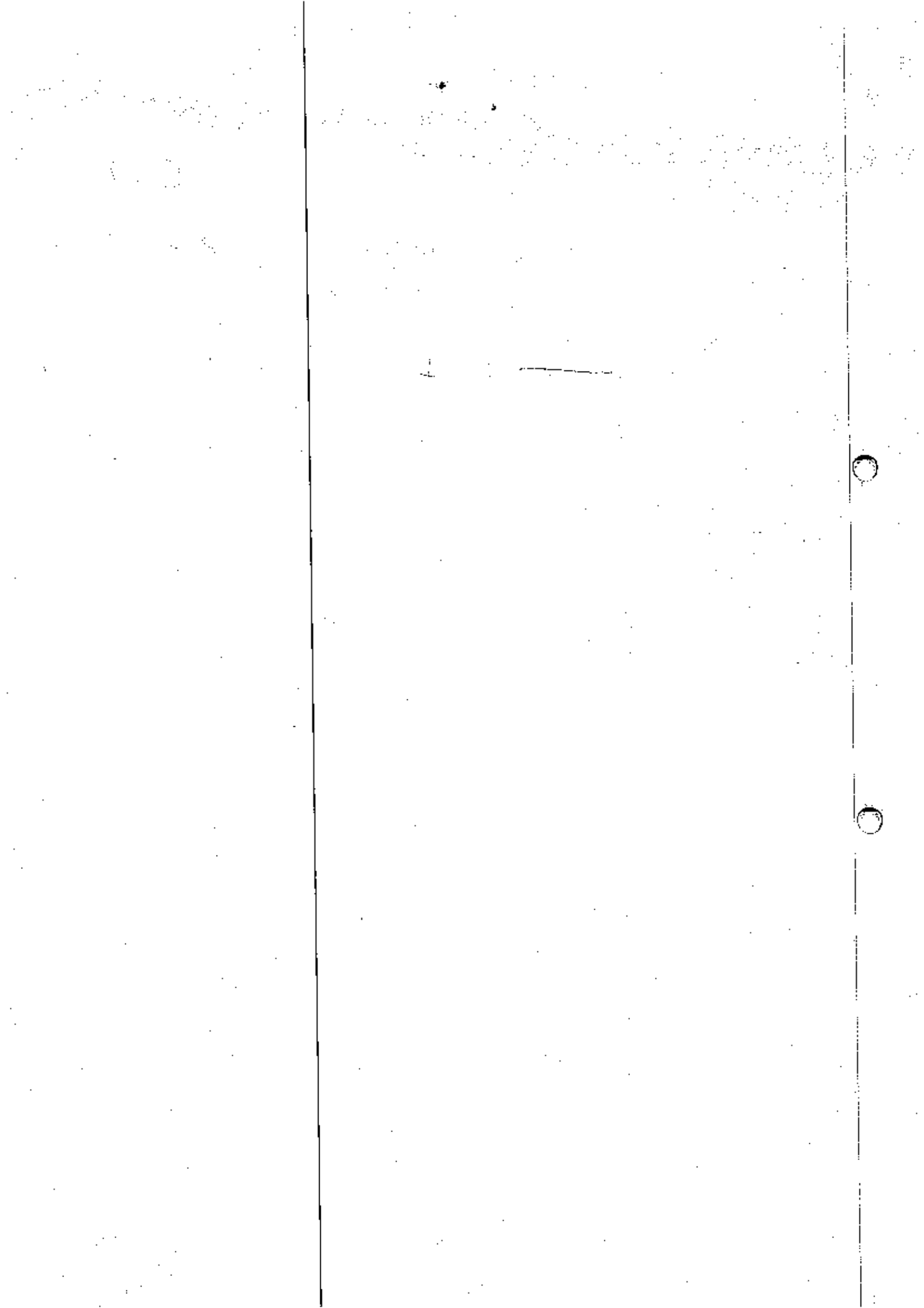
Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 14 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 07/06/2019

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 6h/6h	06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h OD/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 8h/8h	06
8	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	CFU

DR. JOSE RENNA GOMES DA SILVA
CRM: 10.1.1.148



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 31 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 08/06/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	19 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06 18 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 0D/2D Diluir em 50 ML SF 24/24H	08 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	06 12 18 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06 18 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	06 14 22 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	06 14 22 06
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
11	CURATIVOS 1X POR DIA	06

POI

Paciente submetido a procedimento cirúrgico ortopédico de urgência sem intercorrências.

No momento em UAPA.

Cd - UPM + Rx controle.

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

08/06/19:

Beb, estável, si intercorrências, em 2º ppd.
7º grau, bom controle, si sinais.

Col: UAPA Hospitalar e controle de refluxo sub-torácico
+ ATB + Analg + ATB pil cm + controle de
de não p/ Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

2

⑤

6

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 143927

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1915892 Clín: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 31

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Atendimento: 1915892

Diagnostico Pré-Operatório: *Fx exposta ossas da perna (D)*Diagnostico Pós-Operatório: *o mesmo*Cirurgia: *LMC* Data da Cirurgia: *08/06/19*
+ osteossíntese

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ~~ANDRÉ ROBERTO VIANA~~

Anestesiista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: FRATURA EXPOSTA COM 5 HORAS DE EVOLUÇÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:**PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA****2. REALIZADA IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10 LITROS E CLOREXIDINA****3. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS (NÃO FOI UTILIZADO GARROTEAMENTO)****4. AMPLIAÇÃO DE DOIS FERIMENTOS EM FACE ANTERIOR DE PERNA DIREITA, UNIFICANDO LONGITUDINALMENTE.****5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS****6. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%****7. EVIDENCIADA FRATURA COMINUTIVA EM CORTICAL MEDIAL-ANTERIOR.****PACIENTE APRESENTANDO TÍBIA TRIANGULAR COM FACE LATERAL POSTERORIZADA E PROFUNDA, IMPOSSIBILITANDO A SINTESE LATERAL.****8. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA****9. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 14 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO UM DELES INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA.****10. LAVADO DE FO COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA.****11. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0****12. CURATIVO**

Data 08/06/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry De Paiva Camara

Ywry de Paiva Camara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PB 10907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Fannyel Avelino de Lima DN. 18.02.1988							 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO				
	Bala 03	SUS	30	J915849				
CIRURGIA: Procedimento cirúrgico de emergência para o tratamento de uma lesão de trauma				CIRURGIÃO: Dr. Thiago				Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
ANESTESIA: raquianestesia				ANESTESIA: Dr. Thiago				
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM		
André (tm)		08.06.2019		01:10		02:50		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Órg.			Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix		
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoide			Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno			Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond		
01	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodrão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm			Fio de Algodrão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml			Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml			Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto			Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix		
08	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0			Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5					
	Glicose amp.		Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix					
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml					
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico			SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor		05	SG Gelado fr 500 ml ?/lençom		
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda					
	Stuplanon amp.		Sonda folley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		01	Fio de Kirschner		
02	Enoxicon		Sonda Uretral nº		cx	4,5 - 7m		
01	Klonidino		Sterydrem ml		01	Ploca 14 furos		
01	Nauseidion		Torneirinha		08	parafusos		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml					
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28		Latese					
	Agulha desc. 3 x 4,5							
01	Agulha p/ raque nº							
	Álcool de Enfermagem							
	Álcool Iodado ml							
03	Ataduras de Crepon							
	Ataduras de Gessada							
	Azul metileno amp.							
	Benzina ml							
					EQUIPAMENTOS			
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor			

08:00 *CJ LC P100 00:30 (int'l) work*

$$\begin{array}{c} \text{---} \end{array}$$

2. 15

10

۱۰۰

22

50.

160

Demosthenes 20

Chrysomelidae: *Tetraneura* sp.

25

15

14

11.

3

for details of	10
entry of	20
entry of	10
entry of	20

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851

Country: _____

10

EC

24

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

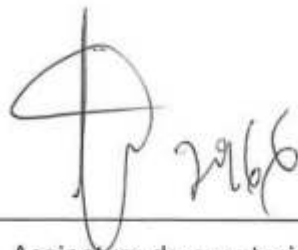
Paciente:	Yamijel Avelino de Lima		Idade:	30 anos	
Convênio:	SUS		Data:	18/07/1988	
Procedimento:	Trat. cirúrgico e 1 fixação de fratura exposta dos ossos da perna direita				
Cirurgião:	Dr Yuri	Auxiliar:	Dr Euler	Anestesista:	Raque
Início:	01:10	Término:	02:50	Anestesia	Dr Thiago

[illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRUVA

CIDADE

Gr. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

DANNIEL AVELINO DE LUNA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1915849

PROCEDIMENTO REALIZADO

PLAS. Simul. DE FISSURA EXPOS. DE TIBIA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PLAS 4.5x36, JCP 14F

01

PLAS 4.5x36

01

11 4.5x34

05

11 4.5x32

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

08/06/19

Dr. JURI PRIVA

OBSERVAÇÕES

Q 4.5 TPLR. 02

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. JURI

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11907

0708

For: (81) 341 4860 / 3429 1980 / 8812 1153
Fax: (81) 341 4860 / 3429 1980 / 8812 1153
www.tinimountain.com.br



Handwritten notes at the top of the page, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".

Handwritten notes in the middle section, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".

Handwritten notes on the left side, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".

Handwritten notes on the right side, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".



Handwritten notes at the bottom of the page, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".

Handwritten notes at the bottom of the page, including "Hospital de Leontina" and "Hospital de Leontina".





**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Data da Alta: 09/06/2019

Registro: 1915892

Tempo de Permanência: -18055

Diagnóstico Inicial:

fr exposta ossos da perna (D) (Cust II II)

Diagnóstico Final:

O Membro

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 08/06/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Imunopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO LOCAL. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI EM 2º DPO BEM COM FO SECA E BEM COAPTADA.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL, CURATIVO DIÁRIO E NÃO PISAR.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + AAS + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara

Ywry de Paiva Camara
SPECIALISTA EM TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

PACIENTE:	JANNYEL DE AVELINO DE LUNA
DATA DO EXAME:	07/06/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.



Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Janyel Adriano

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pss - 01.

RAIO X
REALIZADO EM:
07/10/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Perna @ AP + Perfil.

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

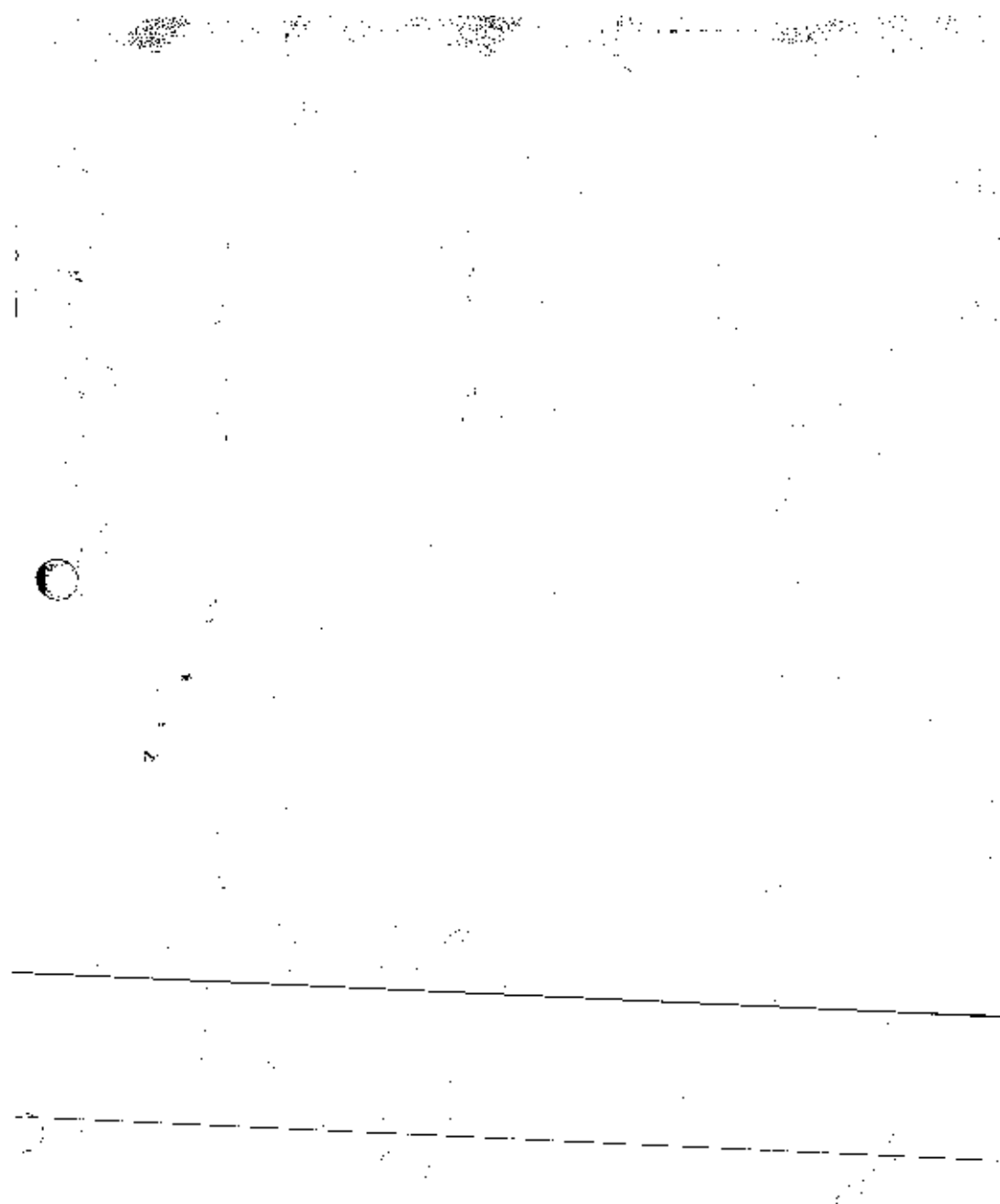
DATA:

08/00/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:

JANIEL AVELINO DE LUNA

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Peritomeado

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

07/06/19

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

07/06/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Marcelo Fernandes Pêgo
CRM 1622

THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP
AND
THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP



THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP
AND
THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP

THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP
AND
THE
MOUNTAIN
VIEW
CAMP

NOME:

JANUARI

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

DR. JOSÉ RENAN GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM - 176.511

RAIO X

REALIZADO EM:

07/06/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

no punho @ AP + D.

RGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

ATA:

07/06/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

YNTY de Patina Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

do paciente ou responsável (quando necessário)

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: 07/06/2019

Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030 N° ATEND: 1915849

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 07/06/2019 HORA: 21:01:01

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

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

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pior dor				

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
recolhimento

Manoela B. de M. Almeida
21/06/2019



GOVERNO
DA PARÁ

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1915849 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: 07/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: JANNYEL AVELINO CEP: 58125000 Nascimento: 18/07/1988

DE LUNA

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO

Sexo: M

Telefone: 994044585

Cidade: Alagoinha Nova

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA

Nº: 62

Responsável: JESSICA ALMEIDA SILVA

CPF: 07892095438

Profissão: AGENTE SOCIO
EDUCATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 07/06/2019

CNS: 708506369562179

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 21:00:01

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHÂ:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injurgimento Venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinária
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Enfiamento	28. Objeto Encaixado
11. Equimose	29. Otorrágia
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Parestia
14. F. Cortante	32. Parestesia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinorrágia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

EXAME PRIMÁRIO - DADO INICIOS



GOVERNO
DA PARÁ

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

EXAME PRIMÁRIO - DADO INICIOS

Paciente trazido pelo SAMU com colar cervical e placa suporta com história de colisão motorbista de aproximadamente 2 horas. Nega perda de consciência ou episódio emético. Bateixa-se de dor em puna D, sem outros queixas.

Abame inocente.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (%) Fotorreagentes (a) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA

HGT: Sat02

A: Rotação rígida e color carid. / VA penia

B: MW + ALT, 5/1 RA SAT: 96% FR: 22

C: PERITONALIS FC: 85

D: ECG: - dor moment. MID + sangramento ativo pre-ativo

E: Vaso-termeo

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / as

Dia / /

Especialista: /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 5RL 500ml, EV, agore

2 Dipirona 1g - oldmp. EV, agore

3 Nitrogl 20mg - oldmp. EV, agore

4

21:25

21:25

21:25

DIGNOSTICO / CID: *Poliartrite*
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

A. CARVALHO

*Paciente com quadro de
febre alta de 1 dia
com outros sintomas -
respiratório.*

*Tratamento com
antibiótico de 1 dia*

123456789 - 22.36

Ata cirurgia oral - 14.51 pontos.



Dr. Antônio Brito Neto
MÉDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM/PB 8108

DESTINO DO PACIENTE: / / às : hs.

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

Tratado em casa

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
TITULAR JANNYEL AVELINO DE LUNA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE 3363711 SSP PB
	CPF 078.920.954-38
	DATA NASCIMENTO 18/07/1986
	FILIAÇÃO JOSE AVELINO DE LUNA MARIA JOSE DE LUNA
Nº REGISTRO 04028881879	VALIDEZ 16/12/2021
1ª HABILITAÇÃO 31/01/2007	PERMISSÃO ACC CAT/BA
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 26/12/2016
64369617305 PB033728780	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1405281992

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1405281992

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596170 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.9,17)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

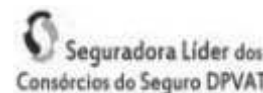
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do Rg. nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

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, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANNYEL AVELINO DE LUNA, ocorrido em 07/06/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.


Alagoa Nova _____ - PB, 21 / centulhas 2019.


.....

Outorgante

CPF Nº 078.920.954-38

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

 **CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Bezerra de Melo
R. Damásio Leite, 128 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (81) 3365-1304
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JANNYEL AVELINO DE LUNA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 21/10/2019
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AJI36741-V11M
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82



Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Número do Sinistro: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596170 Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

