

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320023828501

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108

CONTA: 000000065663

Número da Autenticação

1 - 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: 070.235.084-22 4 - Nome completo da vítima: Joimar Gabriel dos Santos

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

Nome completo: Joimar Gabriel dos Santos 6 - CPF: 070.235.084-22
 Profissão: Preceuro 7 - Mãe: R. Maf. Elpidio Dantas 8 - Número: 437 10 - Complemento: _____
 Endereço: Salgadinho Albandra PB 9 - CEP: 58320-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (83)98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO 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 citados. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Somente bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 2108 3 CONTA: 65663 1

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que [assinale 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

Peço motivo assinalado, sob o preceito do art. 170 do Código de Defesa do Consumidor, a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às costas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.254/73, art. 2º, § 1º. Declaro ainda que esta autorização não significa pressuposição de culpa ou responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, vivos: _____ 30 - Vítima teve filhos falecidos? Sim Não 31 - Vítima teve filhos vivos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ 33 - Vítima teve irmãos falecidos? Sim Não

Estou ciente de que a seguradora não pagará, em hipótese alguma, a indenização do Seguro DPVAT por morte, quando beneficiários que se apresentarem e estiverem nesta 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/10/2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Joimar Gabriel dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

Ligação: MONOFÁSICO
Cl/Seb: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Fórmula: 5 - 20 - 300 - 5980 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00001431235 Emissão: 10/01/2020

ENERSISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R: 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.620-0

Nota Fiscal / Guia de Energia Elétrica Nº037 006 720
Cód. para Det. Automática: 0904256418

Atendimento ao Cliente ENERSISA **0800 083 0196** Acesso: www.enersisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAUI
Jan / 2020	10/01/2020	07/02/2020	437.449.074-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/425841-8**

Copiar de contato
Aproveite o 12º e regularize seus créditos em até 60 dias sem juros!
Fiscal para você começar a ano novo normal!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/12/19	8914	10/01/20	9208	1
				92
				21

Demonstrativo						
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor
0101 Consumo em kWh	92,000	0,769540	70,80	72,29	35	18,07
0501 Adic. E. Amarela			1,78	1,78	35	0,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0104 JUROS DE MORA 12/2019			0,30	0,00	0	0,00
0305 MULTA 12/2019			1,66	0,00	0	0,00
0306 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			0,72	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 76,81 74,07 18,51 34,97 0,73 3,40
Tarifa de Tributos: 0,545400

Mês de vencimento (Ano)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02	17/01/2020	R\$ 76,81

Histórico de Consumo (kWh)											
105	00	100	07	05	07	08	09	09	04	04	04
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVADO AO FISCO
96e7.09ff.dbac.0cf7.8fe8.378c.94d0.a24c.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANCEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DIÁRIO	6,00	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia (SE)	18,72	24,38
DIÁRIO TRIMESTRAL	12,00			Consumo de Energia	25,92	33,75
DIÁRIO ANUAL	24,00			Serviços de Transmissão	2,95	3,84
TRIMESTRAL	3,60	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 220	Encargos Setoriais	1,96	2,56
TRIMESTRAL	7,20			Impostos, Direitos e Encargos	21,25	27,64
ANUAL	14,40			Outros Serviços	0,90	1,17
DIÁRIO	3,60	0,00		Total	76,81	100,00
DIÁRIO	12,00			Valor de (0,00) Ref: 11/2019: R\$ 20,75		



BIANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
C0190.00009 02624.912008 10771.557179 4 81370000007681

PAGADOR: JOSUE AMANCIO DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 437.449.074-49
R. LA MAJELPIRO DANTAS, 437 - SALGADINHO - ALHANDRA / PB CEP 58220000

Nº do N	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010771557	090425641202001	17/01/2020	R\$ 76,81	

BENEFICIÁRIO: ENERSISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183/0001-40
R: 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165790 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS	1218773	26/01/2020 07:35:18	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
23/09/1986	33a 4m 3d	Masculino	206945803540009
Mãe			Telefone de Contato
SEVERINA GABRIEL RIBEIRO			(83) 993743584
Endereço	Bairro	Município	Prontuário
PROJETADA, 937	SN	ALHANDRA	
Acidente	Motivo	Profissional	UF
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
26/01/2020 07:35:18		26/01/2020 09:36:11	8252/PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA DIREITA HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA + CEFALOTINA 2G ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 2G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
MORFINA 1MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: MID)

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

Conduta

Em observação

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra
CRM: 8252/PB

Enfermeiro

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Receituário

Paciente: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data: 26/01/2020 09:35:30

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 33

BAE: 1218773

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG. CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO

RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA + CEFALOTINA 2G
ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Tiberio Vanomark
Chaves Bezerra
Ortopedia / Cirurgia da Mão

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

8252/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Receituário

Paciente: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data: 26/01/2020 09:35:30

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 33

BAE: 1218773

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG. CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO

RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA + CEFALOTINA 2G
ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Tiberio Vanomark
Chaves Bezerra
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CNPJ: 08.825210001-5089

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

8252/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
R. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
5805.-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 297150 Atd: Nao Regulado
Data: 26/01/2020
Hora: 10:25:42
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIMAR GABRIEL DO SANTOS
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 070.235.084-22
CNS: 206945803540009 Sexo: M IDENTIDADE: 3154283 Fone: 93743584
Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 23/09/1986 Id: 33 ano(s)
End.: RUA MAJOR EPIDIO DANTAS,0
Bairro: SALGADINHO Cidade: ALHANDRA UF: PB
Mae: SEVERINA GABRIEL RIBETRO

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.01.002606

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMA- JOSELIA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco: VERDE

PA:
FC:
Peso:
Glicemia:
Circ. Abd:

FR:
TP:
Altura:
IMC:
Q2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitacao
[] Regular [] Chocada

Síntoma Principal
TRAUMA EM TNZL

**OBS: PACIENTE COM LESÃO
ONSI, SISTEMA D- TIBIA
CON FERIDA DE ± 8cm DE
DIAM.**

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

* PACIENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE
TRAUMA COM FERIDAS EXPOSTAS DE TIBIA
LIBERADO POR DEPARTAMENTO OBSTETRICO

Diagnostico

Fx DE OSSO DE TIBIA EXPOSTA.

Prescricao

Horario da medicacao

1 Rx
2 Curativo ao local lesao
3 SAT OI ap ferida exposta

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolu

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- () Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()

R. Gabriel dos Santos
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e _____



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 20/10/20

Nome: Donna Gabriel dos Santos
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

QPD: Ex. exposta de peso

HDA: _____

Pt. manuseio de HECTM, gravando

Exposta de peso

Temístocles de A. R. Filho

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Casafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____ Casado Sudorese

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

Temístocles de A. R. Filho
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
 CRM-PB: 7618 / TEOT: 15747 / RQE: 5245

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma _____ []Nco _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura da perna (D) e perna
com fratura do segmento distal*

Conduta: *Internar p/ Hto. cirúrgica*

TC

OR

CR

Bayer



CARDO MEDICO PRESUMIDO DE ALTA

NOME: JOSIM LE GABRIEL DOS SANTOS				PROFISSIONAL:	
SEXO: MASC	RAÇA: BRANCO	CLINICA: Ortopedia	DATA DE ADMISSÃO: 25/03/2020	DATA DE ALTA:	UNIDADE:
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Fratura dos ossos da perna direita			CID:		
DIAGNOSTICO DE SEQUELA: O mesmo			CID:		
PRINCIPAL CARIÓTIPO: Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
EXATIDÃO METODOLÓGICA:					
INSPEÇÃO DE F.S. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			EXATIDÃO DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO METODOLÓGICO:					
CONDICIONAMENTO DE ALTA: <input type="checkbox"/> MELHORIA DO ESTADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO	
				<input type="checkbox"/> CURADO	
				<input type="checkbox"/> []	

RECURSOS CLÍNICOS: paciente em boas condições clínicas.
 Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna D, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de aplicação de fixador externo de Ilizarov. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônica, etc.

REPOUSO: Absoluto em casa por 30 dias.
Retorne às atividades com esforço físico em 60 dias.
Retorne às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em 180 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: A73 + dose + analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR TCMSTOCLES)

25/03/2020
 DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento é válido para a continuidade de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917



Josimar Gabriel dos Santos

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EN TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3154283 03 SET 2003

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Josue Anacleto dos Santos
 Severina Gabriel Ribeiro

Alhandra - PR. 23-09-1986

Cert. Nascimento. 7.578. Fls. 207. Liv. A-9

Cert. Alhandra - PR.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

070 235.084.22

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

23-09-1986

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200238285

Cidade: Pitimbu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do acidente: 26/01/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,3,6,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE 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-0186629/20

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

CPF: 070.235.084-22

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS : 070.235.084-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2020
Nome: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS
CPF: 070.235.084-22

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200238285

Cidade: Pitimbu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do acidente: 26/01/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,3,6,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE 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-0186629/20

Número do Sinistro: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

CPF: 070.235.084-22

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 26/08/2020
Nome: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS
CPF: 070.235.084-22

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

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: **JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS**

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

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **0000065663-1**

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



2108 - CRUZ, GONZALEZ
0065663/1
070235084-23
JOSINAR GARCIA DOT GAT

AGENCIA: 2108-3

CONTR: 65 663-7

Rhodesco

C/e



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 037579.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 037579.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:39 min do dia 23/06/2020, na Delegacia Online, **JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUXILIAR DE SERRALHEIRO, nascido(a) em 23/09/1986, idade 33, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de SEVERINA GABRIEL RIBEIRO e JOSUE AMANCIO DOS SANTOS, CPF 070.235.084-22, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MANOEL ELPIDIO DANTAS, nº 437, bairro SALGADINHO, na cidade de Alhandra/PB, CEP: 58320000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 26/01/2020 04:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Pitimbu/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA/CG150 FAN ESD, ANO /MOD 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA QFJ4569/PB, CHASSI 9C2KC1680FR801745, em nome de CESARIO GOMES COSTA FILHO, CPF 06556410411, quando ao fazer uma curva acabou sobrando na pista e caiu sendo socorrido pelo SAMU PARA Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e encaminhado ao Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

C191EF1D7A9A6799DF16AEECADCA148

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



2108 - CRUZ, GONZALEZ
0065663/1
070235084-23
JOSINAR GONZALEZ DOT GONZ

AGENCIA: 2108-3

CONTR: 65 663-7

Rhodesco

C/e