

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.765.185 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2009

NOME MAXSUEL DA SILVA SANTOS

PAI(M) JOSÉ DE ALENCAR QUERINO DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PICUI-PB 10/04/1995

SOC. ORGEM NASC.N.16783 PLS.054 LIV.A-18

CARTÓRIO PICUI-PB.

CPF 096.514.294-76

John Pessoa, PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-096

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maxsuel da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 226 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20210217421799

ESCRITÓRIO

PICUI

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01742179.9

MATRÍCULA

01/42179.9

CLIENTE

NÍLO FRAGUEIRO DANTAS

CPF/CNPJ:

047.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

15/02/2021

INSCRIÇÃO

028.001.020.0304.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ROLDÃO 2 DE MACEDO, 245 - JK PICUI PB 58187-060

FATURA

02/2021

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

01/2021 - 8-FL 12/2020 - 8-FL

11/2020 - 8-FL 10/2020 - 8-FL

09/2020 - 8-FL 08/2020 - 8-FL

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1 8 8 15288

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

1

9

8

28

0,29

04/01/2021

01/02/2021

S*Fun: A08A017737

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**CONSUMO POR FAIXA****VALOR R\$**

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

R\$ 28

40,64

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.742 de 2012, art. 6, II

TOTAL**R\$****40,64**

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2021, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.

COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 01/2021

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TERM 00118028 AGENTE 118028 AUTE 7684
 COBAN:057545 LOJA:0000 PEN:118028
 01/03/2021 BANCO DO BRASIL 10:08:43
 244354501 CORRESPONDENTE BANCARIO 1682
 COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD.BANCA

CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO

ESCRITÓRIO 00640010028 01742179901

NR. DOCUMENTO

13.028

NR. CONVENIO

06.001-6

DATA DO PAGAMENTO

01/03/2021

VLR DO PAGAMENTO

40,64

NR.AUTENTICAÇÃO 5.CTB.637.555.804.ATL

**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 95**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAXUEL DA SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 096514234-96

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O PRÓPRIO

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 Roldão Zacarias de Macedo

Bairro: JK

Cidade: Picuí

Número: 145

Estado: PB

Complemento:

CEP: 58187-000

E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

Tel. (DDD):

(83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 19 de março de 20 21



Assinatura do Declarante



LAUD DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAU
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CGC/CPF: 08.779.268.0001/60

5 - BAIRRO MONTE SANTO

DO: PARAIBA UF: 25

mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo

Documento: 3765185

89140

SW
Sgt J.S.Y. F.C. 117
CNS: 704301572316880

TEMP.

DE FÍSICO (SUMÁRIO)

all cases on these
faulted horizons

NA UNIDADE: (TIPOS)

1000

ADOS

1. The first line of the document is a header containing the text "1. The first line of the document is a header containing the text".

[Signature]

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E EQUIPOS	
1. Dureza max	60 mmol ☒
2. Lactamiz	62 mmol ☒
3. Balação clonal	61 ☒

☐ 01 - ELETIVO
 ☐ 02 - URGÊNCIA
 ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:	DATA	VALOR
22/03/2000	100	00,00
22/03/2000	100	00,00

DIAGNÓSTICO: Ca. P. 2003400 / Adenocarcinoma

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

CID-10:

[illegible][illegible]

CADASTRO 912753

 MINISTÉRIO DA SAÚDE		 PÁTRIA AMADA BRASIL		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO  HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ <i>Felipe Tiago Gomes</i> R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990. CNPJ: 03.515.174/0001-85				2 - CNES 2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE <i>Maxwell P. de Sousa Santos</i>				4 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>98.802</i>	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>204301572316890</i>		6 - DATA DE NASCIMENTO <i>10/04/95</i>		7 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	
8 - RAÇA/COR <i>Parda</i>				10 - TELEFONE DE CONTATO DDD <i>83</i> Nº DO TEL <i>999387549</i>	
9 - NOME DA MÃE <i>Helena Aparecida da Silva Santos</i>				12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>10 mesmo</i>					
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua: Agripino Câmara</i>					
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Picuí</i>		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>25.11.40</i>		17 - CEP <i>PB 58.187-000</i>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Lesão intra d. aud. e d. moto (SR), apertado do fêmur d. 3.º joelho</i>					
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>O apertado</i>					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. físico + Rx</i>					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura d. 3.º joelho</i>		22 - CID 10 PRINCIPAL <i>S22.4</i>		23 - CID 10 SECUNDÁRIO	
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução aberta + osteossíntese</i>				26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>070402070-4</i>	
27 - CLÍNICA <i>União</i>		28 - CARATER DA INFORMAÇÃO		29 - DOCUMENTO () CNS () CPE	
30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRINCIPAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>046.283.157-9</i>		31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Edson L. B.</i>			
32 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/09/2009</i>		33 - ASSISTENTE E CARIÓTIPO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) <i>07/10/2009</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)					
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ DA EMPRESA		39 - SÉRIE	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNAB DA EMPRESA		41 - CNAB DA EMPRESA	
42 - CSOR		43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:		
Marsuél da Silva Santos		
DATA DA OPERAÇÃO:	ENF.:	LEITO:
28.09.2020	205	02
OPERADOR:		1º AUXILIAR:
Dr: Edley		
ANESTESISTA:		
Dr: Vieira		
TIPO DE ANESTESIA:		
☒ GERAL () RAQUI () LOCAL () BLOQUEIO DE PLEXO () SEDACÃO () PERIDURAL () OUTRAS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		
fratura de zygoma S		
TIPO DE OPERAÇÃO:		
Redução aberta + osteossintese		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		
sem		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:		
sem		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A OPERAÇÃO:		
sem		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS		
1. acesso extra. inf. fronte. zigomático. 2. incisão linear 3. Dissecção dos planos fasciais. 4. Exposição do fratur. de fratur. de zygoma S. 5. Redução aberta da fratur. 6. Osteossintese com miniplaca 2.0 x 5 5 fios + 5 parafusos corticais. 7. Sutura dos planos com fio catgut triplex 4-0. 8. Sutura da pele com fio mononylon 4-0. 9. Curativo expurgo.		

Dr. Edley Porto
CRM: 10.100 - RBO
CRM: 10.100 - RBO
CRM: 10.100 - RBO

FICHA DE ANESTESIA

NOME	Marcos de Silva Santos	IDADE	25	SEXO	M
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de fêmur E'	CATEGORIA	SUS	DATA	28-07-2020
OPERAÇÃO REALIZADA	Redução cirúrgica + Osteossíntese	CIRURGIÃO	Dr. Edley	AUXILIAR	
		ANESTESISTA	Dr. Vilela		
AGENTES					
INALATORIOS					
CÓDIGO					
Anestesia X					
Oper. Inturb T					
Endotr Press A					
Distal Pulso O					
Resp. RA					
Assist. Resp RE					
Exhot Resp RC					
Outro					
Monitorização	P.A.	FC	SpO2	ETCO2	
Pré-Anestesia					
Anestesia	☒ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☐ Bloqueio de Plexo	☐ Infiltração Local
Técnica	☐ Venoclise				☐ Outros
Início	Término		Duração minutos		
AGENTES / DOSES			LÍQUIDO INFUNDIDO	ML	
FENTANYL 18mcg			S.F ISOTONIC	1000	
PROPOFOL					
SEVOFLORANO 50					
ENDAMBEPRONA					
ODOLEPRAZOL					
DEXAMETOSSALINA 1mg					
BOCCOPAN 100mg					
					Diurese total
Alergias:					
OBS:					
Ass. do médico Carimbo / CRM					

NOME: Marcela da Silva Santos	IDADE: 25	FRONTIÁRIO Nº: 98.891
ENDEREÇO: Rua Maria da Silva, 123 - Centro - São Paulo - SP	DATA DE INSCRIÇÃO: 28.09.2020	
	DATA ATUAL: 29.09.2020	

		HORÁRIOS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Dieta livre								
2	Jejum realizado								
3	Calorimetria 1g, 12/12h								
4	Dipirona 2ml - AD EV de 6/6h								
5	Fluor 1 ampola EV 12h em 400 ml								
6	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 12/12hs								
7	Dacatoil dorsal em 1g								
8	Cuidados Gerais								
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

EVOLUÇÃO DIÁRIA

paciente evoluindo de acordo com o pós-operatório.

Controle do curativo e compressivo.

em controle pós-operatório.

Dr. Rafael Porto
Assistente Social
Assistente Social
Assistente Social

Dr. Rafael Porto
Assistente Social
Assistente Social
Assistente Social



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



HOSPITAL REGIONAL
PICUÍ - PB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ

Felipe Tiago Gomes

R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (33) 3371-2554 / 3371-2990.

CNPJ: 03.615.174/0001-85

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: Marcelo da Silva Santos IDADE: 25

SEXO: MAS. ☒ FEM. ☐ Data: 28 / 09 / 2020 Enf.: 205 Leito: 02

Infecção: ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária Setor: ☒ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☐ Ortopédica

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO:

☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ S.N.C.
☐ Respiratória ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Pele / TSC ☐ Não Há

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ Biópsia ☐ Punção Lombar ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia
☐ Transf. Sanguínea ☐ Punção Abdominal ☐ Cateter Venoso ☐ Outros
☐ Traqueostomia ☐ Punção Venosa ☐ Tubo Orotraqueal

EQUIPE:

Cirurgião Dr. Edgley Anestesiista Dr. Viana Auxiliar

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Diagnóstico: Fratura de fêmur 'E'

Cirurgia realizada: Redução aberta + Osteossíntese

Anestesia: geral

TIPO DA CIRURGIA:

☒ Limpa ☐ Contaminada ☒ Urgência ☐ Eletiva ☐ Med. Porte
☐ Potenc. Contaminada ☐ Infectada ☐ Emergência ☐ Peq. Porte ☒ Gran. Porte

Raio X na sala: Sim ☐ Não ☒

ANTIBIÓTICOTERAPIA: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Amoxicilina Dose: 0,2 g Duração: 10 dias cirúrgico

BACTERIOLOGIA:

GRAM	☐ Sim ☐ Não	Cultura	☐ Sim ☐ Não
Material	Data	Resultado	ATB

Condições de alta: ☐ Curado ☐ Melhorando ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Pallativo

Dr. Edgley
Cirurgião e Traumatologista
CRM: 10.100/1 - 2554/14-77

Medico Assistente

C. C. I. H.



FICHA DE SALA - MEDICAÇÕES E INSUMOS UTILIZADOS DURANTE A CIRURGIA

Sala Nº 02

Paciente: Marcelo da Silva Santos

Enf.: DS Leito: 02

Médico: Dr. Edilley

Anestesiologista: Dr. Vitor

Tipo de Anestesia: () Raqui () Peridural () Local (X) Geral () Sedação

Início:

Término:

Cirurgia Realizada: Redução cuneata + Osteossintese

Setor: (X) Cirurgia Geral () Obstetrícia () Ortopedia

CIRCULANTE: Ronny / Ana Cristina

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QT	MATERIAIS/INSUMOS	QT	FIOS DE SUTURA	QT
DIAZEPAM		AGULHA 13X4,5		ALGODÃO C/ AGULHA Nº	
DIMORF <u>1g</u>	<u>02</u>	AGULHA 25X7		ALGODÃO S/ AGULHA Nº	
DOLANTINA		AGULHA 40X12	<u>02</u>	CATEGUTE SIMPLES Nº	
DORMONID		AGULHA PERIDURAL Nº		CATEGUTE SIMPLES Nº	
ETOMIDATO		AGULHA RAQUI Nº		CATEGUTE CROMADO Nº	
FENTANIL	<u>02</u>	ALGODÃO HIDRÓFILO		CATLGUTE CROMADO Nº	
HALOTHANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		MONONYLON Nº	
HYPOCAÍNA 2%		ATADURA CREPOM		MONONYLON Nº	
ISOFURINE		ATADURA ELÁSTICA		PROLENE Nº	
KETALAR		ATADURA GESSADA		PROLENE Nº	
LIDOCAÍNA GEL TÓPICO		BOLSA PARA COLOSTOMIA		POLIÉSTER Nº	
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO		CATÉTER PARA O2	<u>01</u>	VICRYL Nº	
LIDOCAÍNA 2% S/ VASO		CLAMP UMBILICAL		VICRYL Nº	
NARCAN		COLETOR P/ SVD			
NEOCAÍNA PESADA 0,5%		COMPRESSA (PCT C/ 5)	<u>02</u>	SOLUÇÕES	QT
NILPERIDOL		DEPÓSITO P/ ANATOMOPATOLÓGICO (P) (M) (G)		ÁGUA OXIGENADA	
PANCURON		DRENO HEMOVAC/SUCÇÃO Nº		ÁLCOOL À 70%	<u>02</u>
PROPOFOL	<u>02</u>	DRENO PENROSE Nº		CLOREXIDINA	<u>02</u>
QUELICIN		ELETRODO	<u>05</u>	ETER	
SEVOFLURANO	<u>02</u>	EQUIPO P/ HEMOCONCENTRADO		FORMOL P/ ANATOMOPATOLÓGICO	
THIOPENTAL		EQUIPO MACROGOTAS		GEL CONDUTOR	<u>02</u>
TRACUR		ESPARADRAPO SIMPLES	<u>02</u>	PVPI DEGERMANTE	
		ESPARADRAPO MICROPORE		PVPI ODADO	
MEDICAÇÕES	QT	FIO DE KIRSCHNER Nº			
ÁGUA DESTILADA	<u>02</u>	GAZES ESTÉREIS	<u>02</u>	SEROS	QT
ADRENALINA		INTRACATH INFANTIL		FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML	
AMICACINA		INTRACATH ADULTO		FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	<u>02</u>
AMINOFEOLINA		JELCO Nº		GLICOSADO 5% 500 ML	
ATROPINA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 11		RINGER LACTATO 250 ML	
BROMOPRIDA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 15	<u>01</u>	RINGER LACTATO 500 ML	<u>02</u>
BUSCOPAM COMPOSTO	<u>02</u>	LÂMINA P/ BISTURI Nº 23		HEMOCONCENTRADO 300 ML	
BUSCOPAM SIMPLES		LÁTEX	<u>02</u>		
CEDILANIDE		LUVA ESTÉRIL Nº 6,5		ÓRTESE E PRÓTESE	QT
CEFALOTINA 1G		LUVA ESTÉRIL Nº 7-0	<u>01</u>	TALA GESSADA P/ MÃO	
CEFTRIAXONA 1G	<u>02</u>	LUVA ESTÉRIL Nº 7-5	<u>02</u>	TALA GESSADA P/ PUNHO	
DEXAMETASONA	<u>01</u>	LUVA ESTÉRIL Nº 8-0		TALA GESSADA P/ COTOVELO	
DIPIRONA		LUVA ESTÉRIL Nº 8-5		TALA GESSADA P/ ANTEBRAÇO	
DICLOFENACO		LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL	<u>02</u>	TALA GESSADA P/ JOELHO E PERNA	
EFEDRINA		SERINGA DESCARTÁVEL 1 ML		TALA TIPO BOTA P/ TORNOZELO OU PÉ	
FENERGAN		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML	<u>01</u>	TIPÓIA SIMPLES P/ MMSS	
GLICOSE AMP		SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML	<u>01</u>		
HIDRALAZINA		SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML	<u>01</u>	EQUIPAMENTOS	QT
HIDROCORTISONA MG		SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML	<u>01</u>	ASPIRADOR	<u>X</u>
METRONIDAZOL		SONDA DE FOLLEY Nº		BISTURI ELÉTRICO	<u>X</u>
METHERGIN		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		BERÇO AQUECIDO	
NAUSEDRON	<u>02</u>	SONDA URETRAL Nº 14	<u>01</u>	CARDIOMONITOR COMPLETO	<u>X</u>
NEOSTIGMINA		TELA CIRÚRGICA		DESFIBRILADOR	
OMEPRAZOL	<u>01</u>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	<u>01</u>	FOCO CENTRAL	<u>X</u>
OXITOCINA				MESA ORTOPÉDICA AUXILIAR	
PLASIL		GASES UTILIZADOS	QT	NEGATOSCÓPIO	
RANITIDINA		AR COMPRIMIDO			
TENOXCAM	<u>01</u>	OXIGÊNIO L/MIN	<u>02</u>	OUTROS:	QT
TRANSAMIN					
VITAMINA K					

SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI

SECRETARIA DE SAÚDE

GERA - Guia de Encaminhamento e Referência Ambulatorial/PPI

Nº 445, 2020

Data da Emissão 16/09/2020

1 - Paciente Alexsuel da Silva Santos			ORIGEM DO PACIENTE	
2 - Endereço Rua Agripino Câmara, 168.			7 - Unidade de Referência	
3 - Bairro Picuí PB				
4 - CEP 58187000	5 - Fone 83-999335291	6 - Cód. SUS 704-30157231-6890		
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
8 - Cód. do SIA		9 - Descrição		
		Redução Cruenta + Osteossíntese		
10 - PROFISSIONAL SOLICITANTE		11 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		12 - UNIDADE EXECUTANTE
ASSINATURA E CARIMBO		Janaina de Almeida Almeida Secretaria Municipal de Saúde ASSINATURA E CARIMBO		☐ 010 ☐ 020 ☐ 030 ☐ 040 DATA ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO

Campo 1,2,3,4,5,6 - Dados do Encaminhado

Campo 7 - Unidade de Referência do encaminhado; Ex: UBS da Pente

Campos 8 e 9 - Definição do(s) procedimento(s) solicitado(s). Obrigatório cód. No campo 8.

Campo 10 - Identificação do profissional e registro no Conselho correspondente

Campo 11 - Confirmação pela Secretaria Municipal

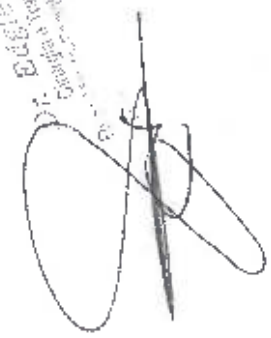
Campo 12 - Para uso da unidade executante:

010 - Atendido nesta data

020 - Referência não pactuada

030 - Teto referenciado atingido

040 - Outras situações

NOME: <u>Maxsuel da Silva Santos</u> NOME: <u>MAXSUEL DA SILVA SANTOS</u>		IDADE: <u>25</u> DATA DE NASCIMENTO: <u>28.09.2020</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>98.861</u> DATA DA INTERNAÇÃO: <u>28.09.2020</u>	
ENDEREÇO: <u>AV. ...</u> CIDADE: <u>...</u>		DATA ATUAL: <u>28.09.2020</u>		EVOLUÇÃO DIÁRIA	
HISTÓRICO CLÍNICO		HODIERNOS		Paciente vítima de acidente de moto (SP) apresentando traumatismo na face. Anamnese clínica: equimose periorbital E. presença de deformidade óssea traumática na região do zigoma E.	
1. Dieta zero S.F. 0.9% 1000 ml EV S.O. 5% 500 ml EV Colina Jona 1g EV de 12/12h Captoz 1ml / 100 ml de 6/6h Flasil 1 ampola EV 1x ao dia 6/6h Doxanexom 4mg 1 ampola EV 12/12hs Ocultibio 100ml em 9º Cuidados Gerais		1. ☒ 2. ☒ 3. ☒ 4. ☒ 5. ☒ 6. ☒ 7. ☒ 8. ☒		HD: Fratura de zigoma E. CGG: Paciente sem comorbidades. Não retém alergia a medicamentos. Exames realizados: hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, ECG + risco cirúrgico, Rx de face. Submetido à redução cirúrgica da fratura de zigoma E + osteossíntese com miniplaca orbital Z.O de 5 furos + 5 parafusos corticais.	
Assinatura do Médico: 		Assinatura do Enfermeiro: 		Data: <u>28.09.2020</u>	



HOSPITAL REGIONAL

PICUÍ - PB

"Felipe Pádua Gomes"

R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (83) 3371-2554 / 3371-2890.

CNPJ: 03.516.174/0001-85

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 98.809

Nº Docum. 3.765.185

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Marcelo da Silva Santos

Responsável: O mesmo

Pai: João da Conceição Figueira dos Santos

Mãe: Maria Aparecida da Silva Santos

Profissão: _____

Data Nascimento: 10/04/95

Idade: 25

Endereço: Rua: Agripino Câmara

Nº 166

Bairro: _____

Cidade: Pian

UF: PB

Estado civil: Casado(a) ☐

Solteiro(a) ☒

Viúvo(a) ☐

Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura de tíbia e

Tratamento efetuado no hospital: Redução com

Exames realizados: Radiografia

internado em: 28/09/2020

Alta em: 1/10/2020

Óbito em: 1/10/2020

Dr. Edgley Porto

Ortopedista Traumatologista
CRM: 10.100 - RPPS: 10.100 - RPPS: 10.100

Arquivista

Médico Assistente

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Maxsuel da Silva Santos. RG: 3.765.185**, nascido(a):

10/04/1995, declarou ser: **Autônomo, Residente na Rua: Agripino Câmara, - Picuí -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **28/09/2020. Vítima de Acidente de Moto** para tratamento Cirúrgico **CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no SAME (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 05 de Outubro de 2020.

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial/Implantes - Dentário

CRO - PB - 3848

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Buco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ

Felipe Tiago Gomes

R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.

CNPJ: 03.515.174/0001-85



Publicações

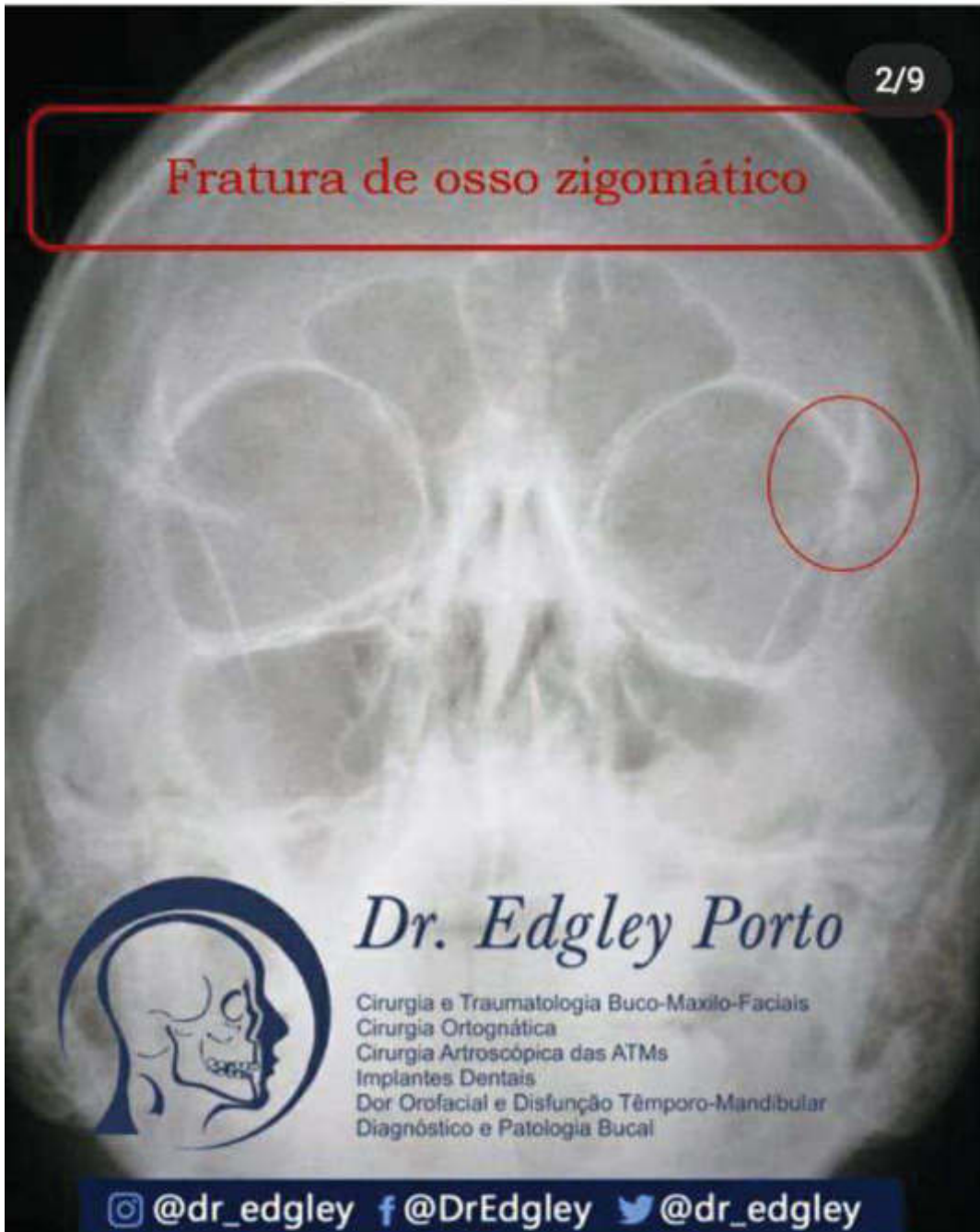


prof.m.sc_edgley.porto

Hospital Regional De Picuí Felipe Tiago Gomes



2/9

Fratura de osso zigomático*Dr. Edgley Porto*

Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais
Cirurgia Ortognática
Cirurgia Artroscópica das ATMs
Implantes Dentais
Dor Orofacial e Disfunção Têmporo-Mandibular
Diagnóstico e Patologia Bucal

@dr_edgley @DrEdgley @dr_edgley



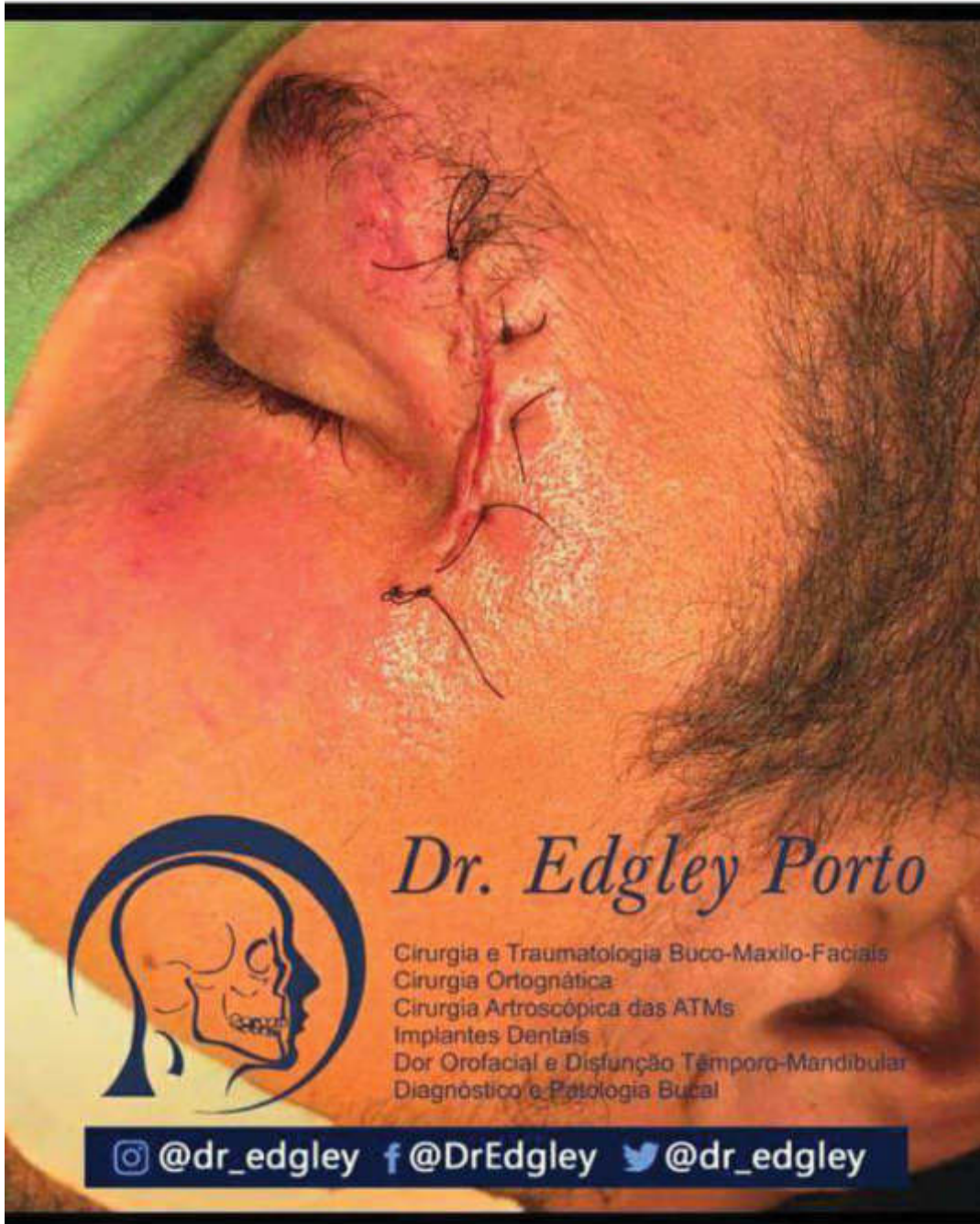
16:10



 Instagram



prof.m.sc_edgley.porto



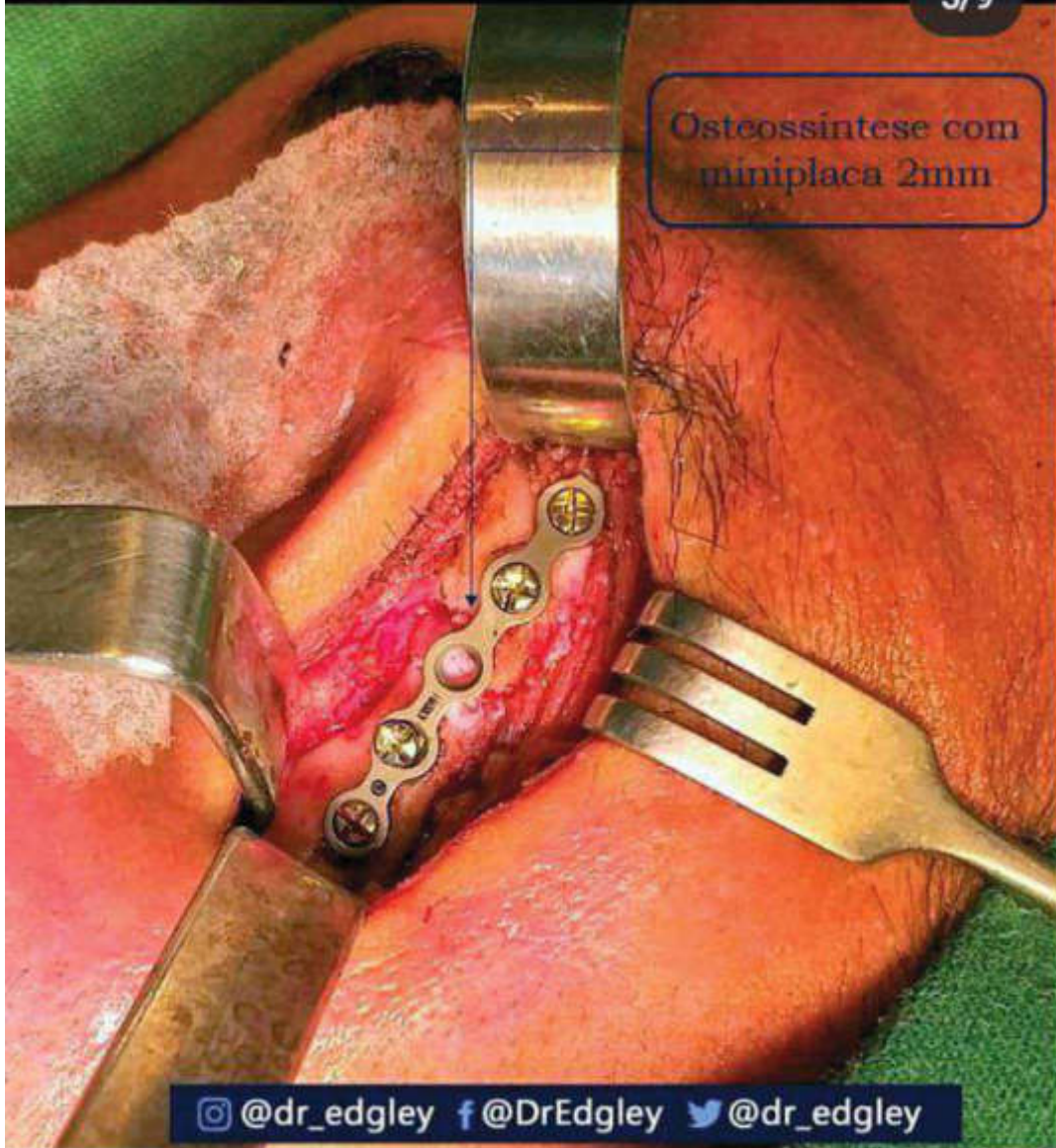


prof.m.sc_edgley.porto



5/9

Osteossintese com
mini-placa 2mm



@dr_edgley f @DrEdgley t @dr_edgley

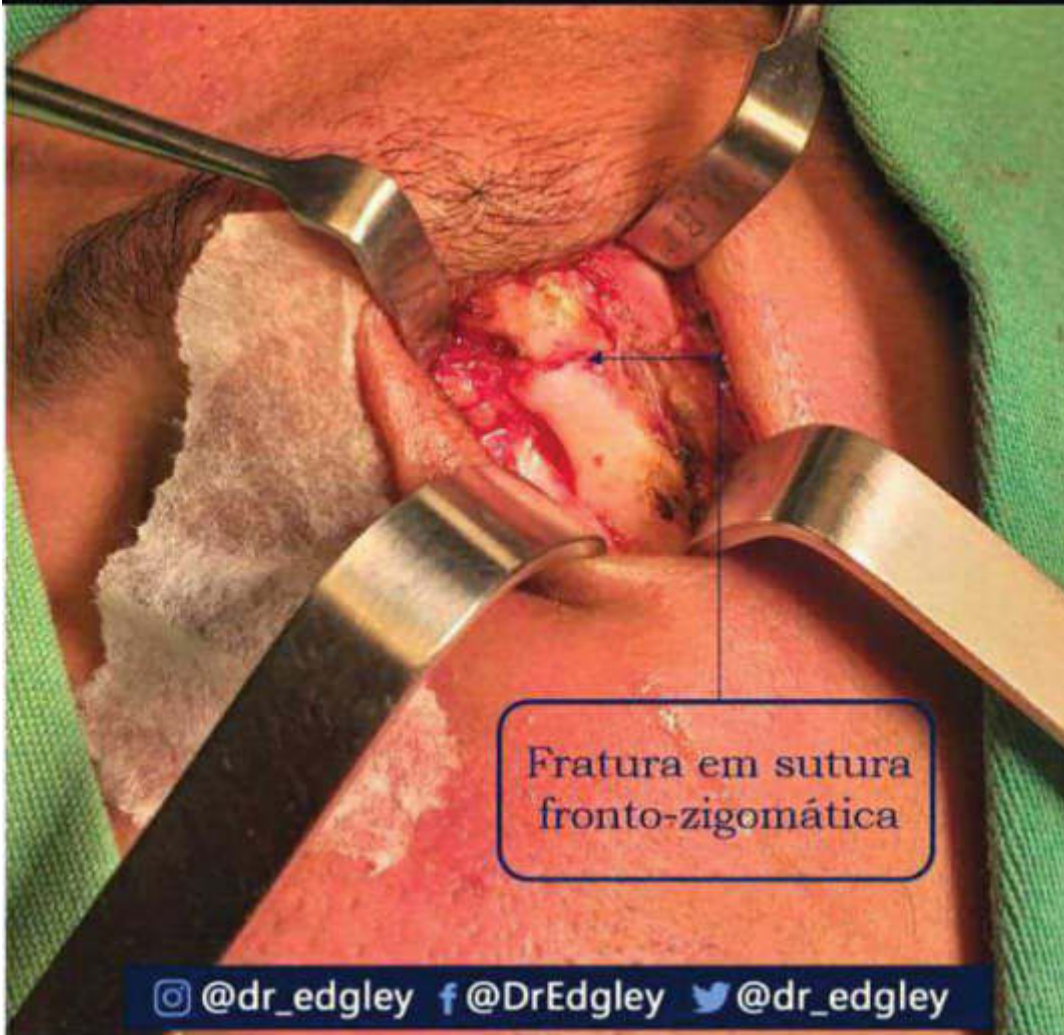




prof.m.sc_edgley.porto



4/9





prof.m.sc_edgley.porto



8/9

Osteossíntese com miniplaca 2mm



Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais
Cirurgia Ortognática
Cirurgia Artroscópica das ATMs
Implantes Dentais
Dor Orofacial e Disfunção Têmporo-Mandibular
Diagnóstico e Patologia Bucal

@dr_edgley @DrEdgley @dr_edgley



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

DEB. OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
Art. 13 da Lei nº 9.840/94



ASSINATURA DO PORTADOR

Nildo Trigueiro Dantas



00000000000000000000



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

SOME
NILDO TRIGUEIRO DANTAS

CLASSIFICACAO
NILVAN ARAUJO DANTAS
MARLI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS
PATRIZAL OMET
JOAO PESSOA PB

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1983

CPF
047.851.774-05

28000000 - SSP/PB
CONSELHO DE BARRELAS / 1220000
NÃO

Ordery Lopes da Silva
CCON EXTERNA OMBUDSMAN SCHIRAKINO
PRESIDENTE

DATA DE EXPIRACAO
01 10/01/2013

13220

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.765.185 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2009

NOME MAXSUEL DA SILVA SANTOS

PAI(M) JOSÉ DE ALENCAR QUERINO DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PICUI-PB 10/04/1995

SOC. ORGEM NASC.N.16783 PLS.054 LIV.A-18

CARTÓRIO PICUI-PB.

CPF 096.514.294-76

John Pessoa, PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-096

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maxsuel da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



C E R T I D ã O

NR. Cont.: 014/2020

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 014/2020, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 19 dias do mês de Dezembro do ano de 2020, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 14h.00 min. compareceu: **MAXSUEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 10/04/1995, com 25 anos de idade, filho de Jose de Alencar Querino dos Santos e Maria Aparecida da Silva Santos. RG n.º 3.765.185-SSDS-PB. CPF n.º 096.514.294-96, residente e domiciliado na Rua Agripino Camara, n.º 166, Bairro Centro, Picuí/PB, contato: 9.9114-2365; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 13 de Setembro de 2020, por volta das 12:30 horas, foi vítima de acidente de trânsito; Que trafegava pela Rua Manoel Lourenço de Farias, no Bairro Monte Santo dessa cidade de Picuí/PB, quando nas proximidades da praça lá existente, momento em que ao transpassar uma lombada, acabou perdendo o controle de direção da moto e caindo ao solo; Que a vítima conduzia a motocicleta Honda POP 100, placa QJR-9030/RN, cor vermelha, ano 2012/2012, CHASSI N.º 9C2HB0210CR484818, Renavam 0500654878, licenciada em nome de Jose de Alencar Querino dos Santos Junior; Que o mesmo foi socorrido pela Testemunha Jose Gerlano Dantas Medeiros para o Hospital Regional de Picuí, nessa cidade, onde recebeu atendimento médico e constatou-se um traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado, tendo o noticiante sido submetido a tratamento cirúrgico por fratura de estrutura craniofacial (fratura do zigoma esquerdo) no dia 28/09/2020, conforme consta no prontuário médico apresentado nessa delegacia; Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fi.

Picuí/PB, 19 de Dezembro de 2020.

COMUNICANTE:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS
Maxsuel da Silva Santos

Jose Gerlano Dantas Medeiros
JOSE GERLANO DANTAS MEDEIROS

TESTEMUNHA 1: RG 1.681.376 -SSP-PB, residente na Rua Manoel Lourenço de Farias, 317, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.

Tiberio Cunha Henriques
TIBERIO CUNHA HENRIQUES

TESTEMUNHA 2: RG: 2.899.664, residente na Rua Agripino Camara, 189, Bairro Centro, Picuí/PB.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210111937 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210111937 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: e

Resultados terapêuticos: e

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *AMD500*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: MAXSUEL DA SILVA SANTOS, brasileiro(a),
SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
3.765.185 expedido por SSDS / PB em 22 / 06 / 2009 e do CPF nº.
096.514.294-96, residente na (o)
AGRIPINO CAMARA
município de PICUI - PB, CEP 58187-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB.
e-mail: niilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

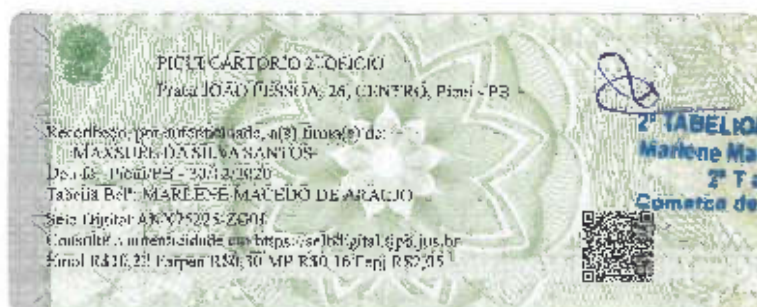
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) MAXSUEL DA SILVA SANTOS, ocorrido em
13 / 09 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ, a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, 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.

PICUI - PB, 30 de Dezembro de 2020.



MAXSUEL DA SILVA SANTOS
outorgante



2º TABELIONATO PÚBLICO
Mariene Macedo de Araújo
2ª Tabela
Comarca de Picuí - Paraíba

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093302/21

Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

CPF: 096.514.294-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2020

Titular do CPF: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

MAXSUEL DA SILVA SANTOS : 096.514.294-96

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: 05/04/2021
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

NILO TRIGUEIRO DANTAS

JOSIVAN GOMES DA SILVA

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210111937

Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 13/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXSUEL DA SILVA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000001062-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

096.514.294-96

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

096.514.294-96

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AGRICOLA CAMARA

9 - Número:

368

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PICUI

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55187-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4316

CONTA:

1062

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (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.

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em me submeter à avaliação médica de causas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (além de)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

40 - Local e Data:

PICUI-PE, 19/03/2021

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



C E R T I D ã O

NR. Cont.: 014/2020

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 014/2020, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 19 dias do mês de Dezembro do ano de 2020, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 14h.00 min. compareceu: **MAXSUEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 10/04/1995, com 25 anos de idade, filho de Jose de Alencar Querino dos Santos e Maria Aparecida da Silva Santos. RG nº 3.765.185-SSDS-PB. CPF nº 096.514.294-96, residente e domiciliado na Rua Agripino Camara, nº 166, Bairro Centro, Picuí/PB, contato: 9.9114-2365; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:** QUE no dia 13 de Setembro de 2020, por volta das 12:30 horas, foi vítima de acidente de trânsito; Que trafegava pela Rua Manoel Lourenço de Farias, no Bairro Monte Santo dessa cidade de Picuí/PB, quando nas proximidades da praça lá existente, momento em que ao transpassar uma lombada, acabou perdendo o controle de direção da moto e caindo ao solo; Que a vítima conduzia a motocicleta Honda POP 100, placa QJR-9030/RN, cor vermelha, ano 2012/2012, CHASSI Nº 9C2HB0210CR484818, Renavam 0500654878, licenciada em nome de Jose de Alencar Querino dos Santos Junior; Que o mesmo foi socorrido pela Testemunha Jose Gerlano Dantas Medeiros para o Hospital Regional de Picuí, nessa cidade, onde recebeu atendimento médico e constatou-se um traumatismo cranioencefálico(TCE) moderado, tendo o noticiante sido submetido a tratamento cirúrgico por fratura de estrutura craniofacial (fratura do zigoma esquerdo) no dia 28/09/2020, conforme consta no prontuário médico apresentado nessa delegacia; Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fi.

Picuí/PB, 19 de Dezembro de 2020.

COMUNICANTE:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS
Maxsuel da Silva Santos

Jose Gerlano Dantas Medeiros
JOSE GERLANO DANTAS MEDEIROS

TESTEMUNHA 1: RG 1.681.376 -SSP-PB, residente na Rua Manoel Lourenço de Farias, 317, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.

Tiberio Cunha Henriques
TIBERIO CUNHA HENRIQUES

TESTEMUNHA 2: RG: 2.899.664, residente na Rua Agripino Camara, 189, Bairro Centro, Picuí/PB.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

096.514.294-96

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

096.514.294-96

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AGRICOLA CAMARA

9 - Número:

368

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PICUI

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55187-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4316

CONTA:

1062

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (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.

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica de causas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou esposo(a) ou companheiro(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

40 - Local e Data:

PICUI-PE, 19/03/2021

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL 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: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011193701
VALOR TOTAL:	1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000001062

Número da Autenticação

A6A1B9BC692A23BE