

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190261725 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PAG 3,4

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190261725 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PAG 3,4

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117395/19

Número do Sinistro: 3190261725

Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES

CPF: 072.039.674-33

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 31/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AUGUSTO YGOR GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

AUGUSTO YGOR GOMES : 072.039.674-33

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: AUGUSTO YGOR GOMES
CPF: 072.039.674-33

AUGUSTO YGOR GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190261725

Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AUGUSTO YGOR GOMES

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190261725

Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AUGUSTO YGOR GOMES

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190261725

Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AUGUSTO YGOR GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **AUGUSTO YGOR GOMES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **0000085245-6**

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,

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:

0117395119

CPF da vítima:

072 039 67433

Nome completo da vítima:

Augusto Ygor Gomes

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

Nome completo:

Augusto Ygor Gomes

CPF:

072 039 67433

Profissão:

Vendedor

Endereço:

Rua Antônio Francisco

Número:

287

Complemento:

Bairro:

Santa Rosa

Cidade:

Campina Grande

Estado:

PB

CEP:

58416-495

E-mail:

inocisbounoadu@gmail.com

Tel.(DDD):

8333241289

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0737

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

000 85245

(Informar o dígito se existir)

6

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 omissa, 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, Campina Grande - PB 05/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Augusto Ygor Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

05 Abr. 2019

Assinatura

(*) 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.





BOLETIM DE Ocorrência

Nº00301.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 31/05/2018

Hora: 12:24:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Dinamérica, Santa Rosa, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Em Frente a Tomaz Turismo

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Augusto Ygor Gomes

Conhecido por: Não informado

Filiação: Edilamar Arcenio Gomes e Adalberto Gomes

Idade: 26

Data de Nascimento: 27/11/1991

Identidade de Gênero: mascul

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Vendedor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 072.039.674-33

Endereço: Rua Antonio Evaristo, 287, Santa Rosa, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Por Trás da Igreja Católica

Telefone: (82) 98671-3225

TESTEMUNHA

Nome: Cleber Cristiano da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria da Costa Silva e Paulo Cristiano da Silva

Idade: 38

Data de Nascimento: 10/09/1980

Identidade de Gênero: masculi

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Mecânico

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 036.811.014-18

Endereço: Rua da Cerâmica, 180, Santa Rosa, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo a Jefinha Confecções

Telefone: (83) 98863-5052

Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada



TESTEMUNHA

Nome: Marluce Rodrigues Miranda de Melo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Bernadete Rodrigues Miranda e José Miranda Irmão
Idade: 38 Data de Nascimento: 30/12/1979 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Esperança
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Segurança
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 042.869.984-79
Endereço: Rua Senador João Cavalcante de Arruda, 424, Presidente Médice, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Em Frente o Tapiocão
Telefone: (83) 98740-6024



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Yamaha, modelo RD 125, tipo de veículo Motocicleta, cor branca, ano 1987, placa 2101, chassi 9C635N000G0111562, renavam 0017930531-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a moto Yamaha/RD 125, Ano/Modelo 1987/1987, cor branca, Placa MOI-2101-PB, Chassi 9C635N000G0111562, licenciada em nome de André Barbosa de Fontes, quando trafegava na Dinamérica bairro Santa Rosa, momento em que o condutor de um Veículo Corsa Classic de Placa 7595/PB, Aroeiras/PB, vinha dando marcha ré na avenida, momento em que acertou a vítima, tendo ela caído ao solo e sofrido fratura da tíbia na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceu Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



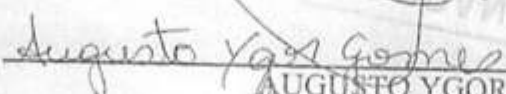
**GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado de
Segurança e Defesa Social

Campina Grande/PB, 26 de setembro


SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil


AUGUSTO YGOR GOMES

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabela: Mapa de Fatura Selo Consuado
Paga as Tabelas, ISS, Taxa - C. Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 28/09/2016

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AML10772-8915

Emol: R\$12,38 ISS R\$0,12 Farpes R\$0,28 Fepi R\$0,44 MP R\$0,04

Luciana Carolino dos Santos
Escrivente Autorizada



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: 0117395119 CPF da vítima: 072 039 67433 Nome completo da vítima: Augusto Ygor Gomes

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

Nome completo: Augusto Ygor Gomes CPF: 072 039 67433
Profissão: Vendedor Endereço: Rua Antônio Evaristo Número: 287 Complemento:
Bairro: Santa Rosa Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58416-495
E-mail: innociohounoadu@gmail.com Tel.(DDD): 8333541289

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

REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 000 85245 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 pais/avós vivos? ☐ 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, Campina Grande - PB 05/04/2019

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Augusto Ygor Gomes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



(*) 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.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AUGUSTO YGOR GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000085245-6

Nr. da Autenticação 095871446E216910



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	31/5/2018	HORA:	12:24 HS	ID Nº:	1699509
NOME:	AUGUSTO YGOR GOMES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV - DINAMÉRICA - SANTA ROSA				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A TOMAZ TURISMO				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 12 de julho de 2018.


Paulo Alexandre de Azevedo
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

RUA ANTONIO DE VASCO DA GAMA, 400A
 CAMPO GRANDE, RS CEP 91540-000

Classification: UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

800-421-674 • 7530

ISSN 0022-2525/95 \$10.00 + .00

For more information, contact the author at carol@carolmccann.com.

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

Notes: * Significant at the 5 percent level of significance.

Call your QAL Automotive 000045177

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	27/03/2018	26/04/2018	7203967433

UC (Unidade Consumidora): 4/66817-8

Canal de contato

Terraços de Biele e Edrica. Tendo como referência o nº 408, de 25 de maio de 1990.

• Furtos em lojas e em domicílios. Três casos de acidentes graves, sendo um com fratura de tórax e outro de abdômen, devido a quedas produzidas a partir de telas metálicas, para a qual o dono do comércio pediu ao fabricante a substituição das telas por plástico.

• Quedas de crianças e animais, devido ao rompimento de telas metálicas, produzidas por uma empresa de fabricação de telas metálicas.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/02/19	3874	25/02/19	3875			20

Demonstrativo

Média últimos meses (kWh)

450

VENCIMENTO
06/05/2018

TOTAL A PAGAR
RS 34.16

Historico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO

AD FISCO
f549.ec14.ef68.e8dd.c7a2.87c3.1f42.77ba

Indicadores de Qualidade

[illegible]

Comissão de Consumo

Discriminace	Value (R\$)	%
Low cost (2000-2009) 200	1,54	4,81
Medium (2000-2009)	2,27	7,05
High cost (2000-2009)	3,17	9,82
Medium (2000-2009)	3,08	9,60
High cost (2000-2009)	1,03	3,12
Medium (2000-2009)	20,00	62,14
Total	34,16	100,00

DOI: 10.1002/for

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/18 64.59



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Receba para sempre pagamento da rede localizadora de energia elétrica Nº 003.588.878



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 159 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

AUGUSTO IGOR GOMES
RUA ANTONIO EVARISTO 287
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/66817-8

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

25/04/2019

CONSUMO

198

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 128,04

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE RPD

AUGUSTO IGOR GOMES

Roteiro: 16-401-874-8560

83670000001-8 28040147000-8 00668172019-6 04800401019-4

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 128,04

MATRÍCULA

66817-2019-04-8



Eu Augusto Ygor Gomes, Brasileiro, Casado, vendedor,
portador do cpf 04203967433 declaro para o senhor
analista que o proprietário do veículo, o senhor André
Barbosa de Pontes, veículo este que sofreu acidente no
dia 31/05/2018, recusa a assinar ou fornecer a declaração
do proprietário do veículo que a seguradora Lides exige.

Solicito que substituam a declaração do proprietário
do veículo por essa declaração, visando assim o
recebimento do Seguro Privat

Campina grande 24 de maio de 2019

Augusto Ygor Gomes
CPF: 04203967433



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928938B50
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0017930531-0 00/00000000 2018

ANDRE BARBOSA DE PONTES

04208167475 04208167475 MOI2101/PB

LB931 PB 9C635N000G0111562

PAS/MOTOCICLETA CASOLINA

YAMAHA/RD 125 1987 1987

2 P/125 /CI PARTIC BRANCA

00/00/0000 00/00/0000

1 00/00/0000 1º

05/01/2018 05/01/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB 05/01/2018

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

PB Nº 013928938B50 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

04208167475 04208167475 MOI2101/PB

1 00179305310 9C635N000G0111562

YAMAHA/RD 125 1987 1987

2 P/125 /CI PARTIC BRANCA

00/00/0000 00/00/0000

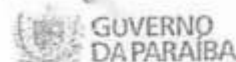
1 00/00/0000 1º

05/01/2018 05/01/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB 05/01/2018





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1664613 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: 31/05/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: AUGUSTO YGOR GOMES CEP:58400002

Nascimento:27/11/1991

Endereço:ANTONIO EVARISTO

Sexo:M

Telefone: 988051149

Cidade: Campina Grande

Idade:026

Bairro:SANTA ROSA

Nome da Mãe:

RG:

Nº:287

Responsável: ANCELMO GOMES

CPF:

Profissão:COMERCIANTE

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de

CNS:736214

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Atend:31/05/2018

CONVÊNIO:SUS

Médico:

Horá: 12:55:39

Especialidade:

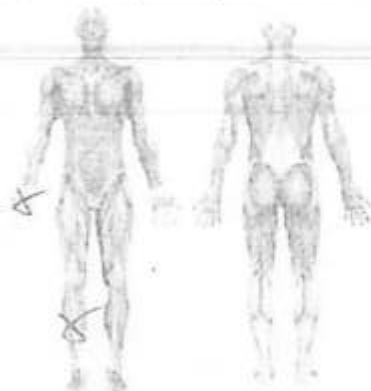
CRM:

05 JUL 2019

OBS FICHA:

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. Anel | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordeadura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico parado-a |
| 10. Emagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pareia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratetose |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de desquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Poli-trauma

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical devido colisão carro-moto. Há cessa de 1h. O mesmo mantém-se sem consciência. Não trauma em cabeça, abdome, tórax, membros ou parte de equilíbrio. Apresenta dor forte em MTD e MSD.

ALERGIA:

neg

MEDICAMENTOS:

neg

PATOLOGIAS:

neg

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Etorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

A - na cava púica

B - expulso em AA

C - estável hemodinamicamente

D - Glasgow 15

E - forte exposte em MTD e MSD

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias: MTD e MSD

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tramal 100mg + 100ml SF, EV, lento	13:02
2	SF 0,9% 1000ml, EV, 24h.	
3	Tiludil 40mg - 01 FA + AD, EV, AGORA	
4	Dipirone 500mg - 02 FA + AD, EV, agora	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

MARCOS ANTONIO DINIZ
MÉDICO
CRM-PB 10000

Ficha de Acolhimento

Nome:	Augusto Vitor Gomes			
End:	Rua ... 287		Bairro:	Santa Rosa
Data de Nascimento:	27.11.91		Documento de Identificação:	
Queixa:	Data do Atend:	31.05.18	Hora:	12:50
Acidente de trabalho?	() Sim () Não			

de de auto

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

MOD. 110

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

06
Relatório Imediato da

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Dr. Wagner File
STOPPED - E-TRANSLATION
CRM-PS 8643

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Augusto Xos Gomes		DN: 24/04/1994	
QI	LEITE	CONVÊNIO	505	IDADE	26
CIRURGIA		Troc. c/fix de		CIRURGIÃO	
Frot de Tibial				Dr. Wagner	
ANESTESIA		Rafael		ANESTESIA	
				Dr. Wanderley	
INSTRUMENTADORA		DATA	31-05-16	INÍCIO	14:45
Flávia				FIM	16:25

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calci. p/ Oxi		Calgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Calci. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix	
01	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serlix	
	Dimorfo amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Octanina amp.	Colonoide		Calgut Simples Serlix	
	Elrane ml	Dreno		Calgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Calgut Simples Serlix	
	Fentanil ml	Dreno Pentoso n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pozzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Midazolam amp.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Prolimline amp.	Esparrapado Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O. ml	03	Mononylon	
	Thionembutal h/v	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lamina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.	Lamina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix	
01	Dacaron amp.	Lamina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocontid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Serlix	
	Geranicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m	22		
	Glucon de Cálcio amp.	Pollux			
	Haemacel ml.	PVPI Degermante ml			
	Heparina ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanaktion amp.	Sabão Antisséptico			
	Lasix amp.	Saco coletor			
	Medrofinazol.	Seringa desc. 10 ml			
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.	Sonda			
	Sutplanon amp.	Sonda Foley			
	Cefalotina lg	Sonda Nasogástrica			
03	Cefazolin	Sonda Uretral n°			
		Steridrom ml			
		Tomeirinha			
		Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Lateso			
		Eletr. sa. de			

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	SOROS
01	Agulha desc. 25x40x12	03	SG Normotermico 1r 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28		SG Gelado 1r 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4.5	03	SG Hipertermico 1r 500 ml
01	Agulha p/ raque n° 25	02	SG Ringr 1r 500 ml
015	Alcool de Enfermagem		SG 1r 500 ml
	Alcool iodado ml		
	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
45	Ataduras Tubular		
15	Bandeja		

ORTESE E PROTESE	
01	Placa de fixação
06	Silicone

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
(X) Aspirador	(X) Perfurador Elétrico

CIRCUANTE RESPONSÁVEL

Assinado

SUS
União do
Sistema
Ministério
Saúde
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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

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

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
AUGUSTO YGOR GOMES

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/11/1991

9 - SEXO
MASC

10 - TIPO DE CONTATO
FAM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ANTONIO EVARISTO, 287, SANTA ROSA

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

13 - CID 10 PRINCIPAL
250400

14 - CID 10 SECUNDÁRIO
PB

15 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓPIA DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CNPJ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
31/05/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1) ACIDENTE DE TRANSPORTE

34 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - AUTÔNOMO

39 - DESEMPREGADO

40 - NÃO SEGURO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - N.º DOCUMENTO(CNS/CNPJ DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO
DA PARÁ

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

P. 2 Ex exp Res n2 d
Poe Ex S3 MTC d

Paciente	Augusto Y208	Alojamento	B	Leito	14	Convênio	
----------	--------------	------------	---	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/6	1 DIETA LIVRE	18:30	
	2 SRL 1500ML EV 24H		ORTOPEDIA
D	X CEFTRIAXONE 1G + ABQ EV 12/12H <i>supra</i>		
D	3 GENTA 240 mg EV 1X/DIA		
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H		
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	8 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h		
	9 CLEXANE 40 UI - SC 1x/DIA		
	10 CURATIVO 1 X DIA		
	11 SSVV + CCGG		
	Clinda 600mg EV 6/6h		
2/6	Alta hosp curativo		

FALTA NO HOSPITAL
BEG estável
sem intercorrências
CD: VPM



ar. b. d. u. 2.º DP
B. b. estável
Folha de curativo
Apex/ha nervosa sem les
prejuízo
co. Torção tela por gesto leve
para 1.º membro superior do S.M.T.C.
Alta hosp. telm

[illegible]

[illegible]

Paciente: Roberto de Jesus Código: _____
 Nascimento: 10/10/1950 Cód. Procedimento: _____
 Data da Cirurgia: 10/10/2010 Nº prontuário: 7554011 Convênio: _____
 Cirurgião: Dr. Roberto de Jesus Código: _____
☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso cortical 3.5x16mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	24	30	36	40			
	Qtd.	01	01	01	01			
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							



OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
 Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Ontop - II

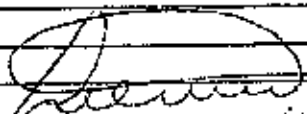
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Augusto Igor Gomes	Idade: 24
Convênio: SUS	Data: 31/05/18
Procedimento: Tto cirurg. c/ fix de fratura de Tibia D	
Cirurgião: Dr. Wagner	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Umberto
Início: 24/05	Término: 25/05
	Anestesia

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente consciente e orientado, mas com medo e agitação moderada.
4 mem. m. sem queixas. O2: 100% a 5 LPA.



Assinatura Anestesista

4553

Circulante



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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Augusto Yago Gomes
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 2821562 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 31/05/18 A 22/06/18 NECESSITANDO DE
92 noventa DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 22/06/18

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

autorizo o

_____ a registrar o diagnóstico

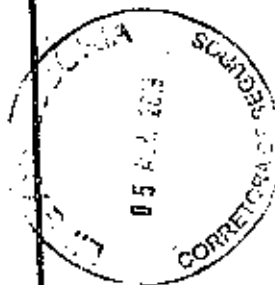
Eu, _____

Dr., _____

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável _____

MOD. 053



81121-1

8105 30 25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME AUGUSTO YGOR GOMES	
	DOC IDENTIDADE / ORIGEM DO V 3123120 SSP PB
	CPF 072.039.674-33
	DATA NASCIMENTO 27/11/1991
FILIAÇÃO ADALBERTO GOMES EDILANAR ARGENIO GOMES	
PERMISSÃO []	ACC []
CATIA []	AD []
Nº REGISTRO 05121928123	VALIDADE 12/06/2020
Vº HABILITAÇÃO 13/01/2011	
OBSERVAÇÕES A.7	
Assinatura do Portador <i>Augusto Ygor Gomes</i>	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 14/08/2015
Assinatura do Emissor <i>Aristeu Chaves Gomes</i>	28663060001 PB031097731
FEDERAL DE VERIFICAÇÃO	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1083390780

PROIBIDO PLASTIFICAR
1083390780



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928938850
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0017930531-0 RNTRE 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
ANDRE BARBOSA DE PONTES

CPF / CNPJ 04208167475 PLACA MOI2101/PB

PLACA ANT. / UF LB931 PB CHASSI 9C635N000G0111562

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/ COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/RD 125 ANO FAB. 1987 ANO MOD. 1987

CAP. / POT. / CIL 2 P/125 /CI CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA I V A VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º 2º 3º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 11111111 JOF (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 11111111 DATA DE PAGAMENTO 05/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

INÍCIO DE VIGÊNCIA 05/01/2018

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 05/01/2018

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

PB Nº 013928938850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/01/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 04208167475 PLACA MOI2101/PB

RENAVAM 00179305310 MARCA / MODELO YAMAHA/RD 125

ANO FAB. 1987 CILATRE 9 Nº CHASSI 9C635N000G0111562

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 11111111 DENATRAM (R\$) 11111111 CUSTO DO SEGURO (R\$) 11111111

CUSTO DO BILHETE (R\$) 11111111 JOF (R\$) 00000000 TOTAL A PAGAR (R\$) 11111111

PAGAMENTO 3 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Augusto Ygor Gomes
DATA DO ACIDENTE 31/05/2018 CPF DA VÍTIMA 072.039.674/33
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Augusto Ygor Gomes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 1ª VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Augusto Ygor Gomes
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Augusto L. Loureiro
Nº 281 COMPLEMENTO BAIRRO Santa Rosa
CIDADE Campos Gerais UF PR CEP 58416-405
E-MAIL TELEFONE (83) 33341189

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/04/2019
IDENTIDADE 3123120
ASSINATURA Augusto Ygor Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 ABR. 2019
NOME COPIETORA DE SEGUROS
ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190261725 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PAG 3,4

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117395/19

Vítima: AUGUSTO YGOR GOMES

CPF: 072.039.674-33

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 31/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AUGUSTO YGOR GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AUGUSTO YGOR GOMES : 072.039.674-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/04/2019
Nome: AUGUSTO YGOR GOMES
CPF: 072.039.674-33

AUGUSTO YGOR GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA