

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 020.297.308



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 - Insc. Est. 15.815.825-0

DADOS DO CLIENTE				CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JOSE CARDOSO DA SILVA RUA VICENTE JOSE BEZERRA SN CONGO				5/356591-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
FEV/2019	18/02/2019	154	25/02/2019	R\$ 138,06	

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSE CARDOSO DA SILVA

Roteiro: 11-099-705-3260

83630000001-2 38060054000-5 03565912019-6 02200099019-6

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
25/02/2019	R\$ 138,06	056591-2019- 02-2



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 002.645.847

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 56423-700
CNPJ 08.826.596/0001-49 Ins. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

RENALY DINIZ ALVES
RUA AMAURY ARAUJO VASCONCELOS S/N B/20 A/101
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/237537-6

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

26/12/2018

CONSUMO

59

VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 27,35

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

RENALY DINIZ ALVES

Roteiro: 15-401-844-4660

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/01/2019

VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 27,35

MATRÍCULA

237537-2018-12-1



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: 0800-1585 / Outras regiões: 0800-022-12-04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gerson Lourenço Santos Netto
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 091192339-93 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Troni Siqueira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 069252674-95
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Antônio Troni Siqueira Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 069252674-95 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 da prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Amândio A. de Vasconcelos</u>	Número: <u>890</u>	Complemento: <u>BC 20 DP101</u>
Bairro: <u>Frei Inês</u>	Cidade: <u>Campina Grande</u>	CEP: <u>58424-715</u>
E-mail: <u>GERSON - NETTO@HOTMAIL.COM</u>	Estado: <u>PB</u>	Tel. (DDD): <u>83986434993</u>

Local e Data: Campina Grande - PB 19/02/2019

Gerson Lourenço Santos Netto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Inácio Siqueira Cardoso,

RG nº 18893359 data de expedição 21/03/2010

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 381639774-3 com domicílio na cidade de CONGO, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: MANOEL FIRMINO DA SILVA, nº 19,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Antônio Ivani Siqueira Silva cujo o condutor era

Antônio Ivani Siqueira Silva.

Veículo: MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125

Modelo: 2004 MOTOCICLETA YAMAHA 140R125

Ano: 2004

Placa: MMV 3786/PB

Chassi: 9C6KE044040069313

Data do Acidente: 16/09/2018

Local e Data: Congo - PB 10/12/2018.

Inácio Siqueira Cardoso

Assinatura do Declarante

Antônio Ivani Siqueira Silva

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

CARTÓRIO JORDÃO NOGUEIRA

Rua Antonio Tavares Campos, S/N, Congo - PB

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

Inácio Siqueira Cardoso

Dou fé, Congo/PB - 10/12/2018

Substituta: Neusa Regina Batista Nogueira

Selo Digital: AHT81731-N1VJ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74

Neusa Regina B. Nogueira

Neusa Regina Batista Nogueira

Tabelião Substituta

Cartório do Registro Civil e Notas

CONGO - PB



34-00000

DOI: 10.1002/for

<http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-17-34881>

Dr. Tito Lino Viera Leal
Dr. Carlos G. Castro - Jureiro
CRM-PS 0949



17/09/2018

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#CIRURGIA: GERAL

Paciente com queixas abdominais
VIGFAST negativo

Dte do Casos, Gmpt.

Dr. André Vitorino R. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL 1110
CRM-PB 11.341

História

Paciente internado no sistema
de risco, acide com punção
externa em sítio @ que se
concluiu: Exame físico de c.c.Cetose moderada 29 @
Piora progressiva de c.c.Tudo bem, tudo bem
tudo bem, tudo bem
tudo bem, tudo bem

DESTINO DO PACIENTE / / às / de.

☐ Centro cirúrgico / ☐ Alta hospitalar / ☐ A reavaliar
☐ Intervenção (setor) / ☐ Decisão Médica
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL / ☐ Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#História# 15-10

Chamada para avaliação do paciente
relatando o acidente de queda.

Paciente físico

Mental sensível em T4

A.A. - A.

TC sem dorsal / lombas

Fratura com deslocamento +
em compressão, nível da altura da
corpo vertebral de T4

H.D: Coluna lombar / dorsal

C.O.: P.M. Col. dorsal a nível de

- Sem proposta Cirúrgica,

na avaliação

- Verificar evolução da T4/L5

Ass. do paciente ou responsável

Cirurgia Plástica /
Neurocirurgia
CRM-PB 7742



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Antonio Giani Aguiar Silva</u>	Bairro: <u>Santa</u>
End: _____	_____
Data de Nascimento: <u>21-09-71</u>	Documento de Identificação: _____
Queixa: <u>dores</u>	Data do Atend.: <u>17-09-18</u> Hora: <u>14h</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não	

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	

Estratificação

Amarelo
☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

Silva
☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



SUS
Sistema Nacional
União de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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
ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

6 - DATA DE NASCIMENTO
28/09/1972

7 - SEXO
☒ M ☐ F

8 - TIPO DE CONTATO
Nº DE TELEFONE

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

SUMÉ 0, SUMÉ

11 - EQUIPAMENTO DE RESERVA

12 - CID-10
251630 PB 58540000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Recado a equipe de
da unidade de
admissional em
depoimento

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/EXAMINAÇÕES DE EXAMES REALIZADOS

15 - DIAGNÓSTICO INICIAL
KCSA Grupo de risco

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

17 - CLÍNICA

18 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

19 - DOCUMENTO

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

21 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CID-10 PRINCIPAL

26 - CID-10 SECUNDÁRIO

27 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

29 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

30 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

31 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

32 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

33 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

34 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

35 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

38 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

41 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

42 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

43 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

44 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

45 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

46 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

47 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

48 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

49 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

50 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

51 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

52 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

53 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

54 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

55 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

56 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

57 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

58 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

59 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

60 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

61 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

62 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

63 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

64 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

65 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

66 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

67 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

68 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

69 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

70 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

71 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

72 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

73 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

74 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

75 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

76 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

77 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

78 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

79 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

80 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

81 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

82 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

83 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

84 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

85 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

86 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

87 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

88 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

89 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

90 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

91 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

92 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

93 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

94 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

95 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

96 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

97 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

98 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

99 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

100 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

101 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

102 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

103 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

104 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

105 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

106 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

107 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

108 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

109 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

110 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

111 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

112 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

113 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

114 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

115 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

116 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

117 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

118 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

119 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

120 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

121 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

122 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

123 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

124 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

125 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

126 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

127 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

128 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

129 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

130 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

131 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

132 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

133 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

134 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

135 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

136 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

137 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

138 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

139 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

140 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

141 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

142 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

143 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

144 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

145 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

146 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

147 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

148 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

149 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

150 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

151 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

152 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

153 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

154 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

155 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

156 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

157 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

158 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

159 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

160 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

161 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

162 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

163 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

164 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

165 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

166 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

167 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

168 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

169 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

170 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

171 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

172 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

173 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

174 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

175 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

176 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

177 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

178 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

179 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

180 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

181 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

182 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

183 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

184 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

185 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

186 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

187 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

188 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

189 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

190 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

191 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

192 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

193 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

194 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

195 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

196 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

197 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

198 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

199 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

200 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

201 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

202 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

203 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

204 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

205 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

206 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

207 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

208 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

209 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

210 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

211 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

212 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

213 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

214 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

215 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

216 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

217 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

218 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

219 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

220 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

221 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

222 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

223 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

224 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

225 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

226 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

227 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

228 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

229 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

230 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

231 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

232 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

233 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

234 - CID

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

4-3 //

DIAGNÓSTICO

Infec. oto

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Alb	Leão	Enfermaria
Antônio João Siqueira Silva			Oncopele I	21	2
Data	Hora		Data	Hora	
25/09/81	Manhã	Apresenta-se paciente com quadro sintomático de síndrome de hiperparatireoidismo. Nesta semana evoluiu com sintoma de hiperparatireoidismo. Atualizado: João Siqueira, Marlene C. Marques.			Atendimento médico de triagem (E); Mobilização passiva de quadril (F) e (G) de UNIFOR. Placido Figueira.
27/09/81	Manhã	Paciente em EGA. Apresenta-se sintomático de hiperparatireoidismo. Nesta semana evoluiu com sintoma de hiperparatireoidismo. Atualizado: João Siqueira, Marlene C. Marques.	01/10/81	Manhã	Paciente em EGA. Apresenta-se sintomático de hiperparatireoidismo. Nesta semana evoluiu com sintoma de hiperparatireoidismo. Atualizado: João Siqueira, Marlene C. Marques.



GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ata	Leito	Enfermaria
Antonio Ivan			1100	2	6
Data	Hora		Data	Hora	
02/10	T	Paciente EGR, semi cooperativo, consciente, orientado, pupila isocórica, mista, corínea MIE hipotônica, hipotônica, reflexos 1-2 e 3-4 normais, 120/80 mmHg, 70 bpm, pulso periferico cheio, PRT 200, diurese 12, em sonda urinária, sem vômito, sem náusea, sem dor abdominal, sem MIE. Em respiração espontânea, expansibilidade torácica simétrica, ruidos respiratórios normais, 18 rpm, eufônico. conduta: foram realizados, mobilização ativa de MMSS e passiva MIE.	03/10	M	Paciente EGR, colaborativo, consciente, orientado, pupila isocórica, mista, corínea MIE hipotônica, hipotônica, reflexos 1-2 e 3-4 normais, 120/80 mmHg, 65 bpm, brt, a.a.a.g, diurese 12, sonda urinária, sem dor abdominal, sem MIE. Em respiração espontânea, expansibilidade torácica simétrica, ruidos respiratórios normais, 18 rpm, eufônico. conduta: foram realizados, mobilização ativa de MMSS e passiva MIE.

Dra. Nadia Rodrigues Pereira
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-PB 232193-F

MOD 012





Nome do Paciente <u>Antonio Ivani</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>17/09/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Luiz Josecio</u>		1º Auxiliar <u>Dr. Paulo</u>	
2º Auxiliar <u>Dr. Tamen</u>	3º Auxiliar <u>Dr. João</u>	Instrumentador <u>Dr. Eucen</u>	
Anestesia <u>De Isporo</u>	Tipo de Anestesia <u>Local</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Luxação Gtroseia de Joazeiro</u>			
Tipo de Operação <u>LHC + Fixador externo transarticular</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo e lesão multiligamentar grave.</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Acesso + Dntissipação
2. Realização de contatos entre
3. Descrição luxação Gtroseia de Joazeiro com lesão multiligamentar.
lesões: <u>Artrose parietal</u>
<u>Cavidade lateral</u>
<u>Cavidade medial</u>
<u>LCA</u>
<u>LCP</u>
<u>Artrose parietal</u>
<u>Patela fixada externamente.</u>
4. Realizado imobilização do antebraço com gesso que estava unido e apresentava uma (Sintoma analgico ao toque vascular)
5. Reparo do LHC no punho
6. Colocação da fixação externa transarticular.
7. Sutura e curativo

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Assinatura e Carimbo do Cirurgião
Assinatura e Carimbo do Anestesiologista
Assinatura e Carimbo do Radiologista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Antonio Ivani Siqueira Silva</u>	Idade: <u>45 A.</u>
Convênio: <u>SUS. Plan. 1734881</u>	Data: <u>17/09/18</u>
Procedimento: <u>Fratura exposta de tibia + fixação de partes moles</u>	
Cirurgião: <u>Dr. J. J. J. J.</u>	Auxiliar: <u>Dr. E. E. E.</u>
Anestesista: <u>Dr. M. M. M.</u>	
Início: <u>05:00</u>	Término: <u>05:45</u>
Anestesia: <u>raquid</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
05:50	100x52	86	90%	Luiz J. J.	-	Consciente
06:30	115/58	106	100%	Luiz J. J.	-	Consciente
07:00	108/64	119	100%	Luiz J. J.	+	Consciente
08:20	106x73	84	100%	Stib	+	Consciente
09:15	116x80	90	100%	Stib + Andra	+	Consciente
11	123x74	84	100%	Stib + Andra	+	Consciente
12h	124x83	75	99%	Andra		
14h	128x82	81	100%	Andra		
14h	140x81	81	100%	Andra		

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Destino: <u>Ortopedia</u>	
14:30 - Comunicado ao ORC. (Dr. Thomas) que a TC estava na sala.	
15:00 - Solicitada presença médica. Andra (coord. enfermagem) ciente. Aguardando realizar o exame.	

Observações:	
Feito sul ar 06:00 h	
Desprezado 600 ml de diurese	
Realizado conforme protocolo médico	
Intelecto e estado de consciência preservados	
12:40 - Comunicado ao ORC. O médico radiologista realizou tomografia de coluna cervical e lombar	
Assinatura Anestesista	Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Antônio Thomaz Siqueira		DATA:	26/09/58	
CI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA
	506-03		45	1934881	
CIRURGIA	Amputação - Pé Direito		CIRURGIÃO	Dr. Milton Leão - Dr. Guller	
ANESTESIA	Óxido Nitroso		ANESTESIA	Dr. Guller	
INSTRUMENTADORA	Óxido Nitroso		INÍCIO	08:30	
			FIM	12:00	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMOS			CÓDIGO		

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Antônio Ivani Diqueira Silva		Idade:	45 anos	
Convênio:	Inat. 173488.1		Data:	25/09/18	
Procedimento:	Amputação MIB				
Cirurgião:	D. Jélio		Auxiliar:	D. Cike	
			Anestesista:	Dra. Tatyah	
Início:	9:30		Término:	12:00	
			Anestesia	geral	

[illegible][illegible][illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
Antônio Lima de Sousa		Sala 03	SUS	45		2734831	Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIÃO	Cirurgia exposta de tórax Dr. Jucimário + Dr. Guler							
ANESTESIA	Anestesia Dr. Laibelle							
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM		
		27/09/2018		04:00		05:20		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS		
	Adrenafina amp.		Calci. p/ Oxi.			Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.		Calci. De Uterino Sist. Fuch.			Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Serlix		
	Dimora amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples		
	Doanilina amp.		Gotonóide			Catgut Simples Serlix		
	Etano ml.		Dreno			Catgut Simples Serlix		
	Fenegem amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Serlix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond		
01	Ketalar ml 0.2		Equipo de Macrogotas			Ethibond		
01	Meclofina 0.2 ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond		
	Nubehin amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Serlix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Serlix		
	Protigine amp.		Esparadrapo Largo cm			Fio de Algodão Sutapak		
	Protopido 1/m		Funacim ml			Fio de Algodão Sutapak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardiaca		
	Rapiion amp.		H.O. ml			Mononylon		
	Thionambutal ml		Intracath Adulto			Mononylon		
	Tincium amp.		Intracath infantil			Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina da Bisturi nº 23			Prolene Serlix		
	Agua Destilada amp.		Lamina da Bisturi nº 11			Prolene Serlix		
01	Decadron amp.		Lamina da Bisturi nº 15			Prolene Serlix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Serlix		
	Flaxicid amp.		Luvas 7.5			Vicryl Serlix		
	Flebocord amp.		Luvas 8.0			Vicryl Serlix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			Vicryl Serlix		
	Glicoso amp.		Oxigenio ltm					
	Glucion de Cálcio amp.		Polifix					
	Heamace ml.		PAPA Degemante ml					
	Heparina ml.		PVP Tópico ml.					
	Kansiklen amp.		Sabão Antiséptico			SOROS		
	Lasix amp.		Sacc coletor			SG Normotônico fr 500 ml		
	Medroclazol.		Seringa desc. 10 ml			SG Gelado fr 500 ml		
03	Penicamp. quaternária		Seringa desc. 20 ml			SG Hipertônico fr 500 ml		
	Prolama		Seringa desc. 05 ml			SG Ringer fr 500 ml		
02	Relecan amp. transdermal		Sonda			SG fr 500 ml		
	Stupilon amp.		Sonda Foley					
02	Sefalotina 1g Clindamicina		Sonda Nasogástrica			ORTESE E PRÓTESE		
01	unitedina		Sonda Uretral nº					
01	bromoprida		Sterydrem ml					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torçãonha					
	Aguilha desc. 25 x 7		Vaselina ml					
	Aguilha desc. 28 x 28		Gelcon 18					
	Aguilha desc. 3 x 4,5		Latex					
02	Aguilha p/ raque nº 25		Eléctricos					
AS	Alcool de Enfermagem 70%							
	Alcool Iodado ml							
02	Aladuras de Crepon 16cm"							
	Aladuras de Gessada							
	Azul metileno amp.							
	Benzina ml							

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

() Serra () Eletrocântero

() Desbridador () Excispiçador

(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor

(X) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

Gabriel + Iranilda

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Campina Grande, 26 de Setembro de 2018

A

ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO

ATT. SR.

Solicitamos o sepultamento deste Membro pertencente a ANTONIO IVANI

SIQUEIRA SILVA (MID)

Residente na

Dr. Iberlan Meira
MB Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

MOD. 080

PACIENTE (OU FAMILIAR RESPONSÁVEL)

MÉDICO RESPONSÁVEL

20 SET. 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Antônio Ivami Siqueira Silva			IDADE: 45a.	SEXO: M	COR:	
DATA: 26/09/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA					TRM		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁVICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	AR				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo: espasmo: _____ Lenta: _____			
CÓDIGOS	VI. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO				Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				MANUTENÇÃO				
POSICÃO				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____				
AGENTES				Não, por quê? _____				
TÉCNICA				DESPERTAR				
OPERAÇÃO				Reflexos na SO: _____				
CIRURGIÕES				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____				
ANESTESISTAS				Náuseas: _____ Vômitos: _____				
OBSERVAÇÕES				Outros: _____				
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					Com cânula: _____			
MOD. 668					PARO O LEITO: Sim _____ Não _____			
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB					CONDIÇÕES: _____			

Dr. Tadeu Oliveira
Médico
CRM 8811

CÂNULAS
20 FEV. 2018
SECRETARIA DE SAÚDE

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
MAYSONI IVANI GIGLIA GILY			
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador	1º Auxiliar	2º Auxiliar	
JM. Rodolfo	Dr. Felipe Mendes		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
JM. Wagner			
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Ex. exp. de VPMs (D) e Necrose			
Ligadura de pele			
Tipo de Operação			
Ligadura Cirúrgica			
Diagnóstico Pós-Operatório			
FACILITE NEUROTIZANTE EM			
MID			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
NENHUM			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
(1) Paciente em J.V. H. 100% anestesia
(2) Anestesia + Antitétanos + Aplicação de
campos estêreos
(3) Achados: Necrose extensa de pele e subcu- neo de VPMs (D) e amolecimento de fôvea e grande quantidade de secreção purulenta;
(4) Desbridamento de tecido desvitalizado em 20cm e VPMs + lavagem exten- sa do local;
(5) O39: Grande área de exposição de tíbia e fíbula proximal, expostas também medula tibial e com os 2 cílios;
(6) Cura de 1º grau de ferida

Dr. Wagner Rodolfo
TRAUMA E ORTOPEDIA
CRM-PB 2014

20 FEB. 2015
CORRETORA DE SEGURANÇA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME		IDADE	SEXO	COR	
		Antônio Ivoni Siqueira Silva		25	M		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
24/09/18	135 x 70	76	Eupneica				
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	CREATININA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
NDA				N		N	
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
Estável hemodinamicamente				Ritmo sinusal			
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
Jejum > 8h				Órgão vesical			
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
Consciente, orientado				Penicilina			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO		RISCO	
				ASA III			
ANESTESIAS ANTERIORES							
Fratura em M.I.D.							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				INICIAÇÃO		FIM	
Não houve				20:30		21:10	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂ em Silvo			Indução			
				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
LIQUIDOS	CL - RL - RL			MANUTENÇÃO			
				1) Ciprostina, 2x 1,5g			
				2) Lidocaína 2x 1,5g, 2x 60mg			
				3) Propofol, 2x 200mg			
				4) Fentanil, 2x 150mcg			
				5) Atrocin, 2x 25mg			
				6) Dexametasona, 2x 10mg			
				7) Diprivena, 2x 2g			
				8) Tintolcom, 2x 40mg			
				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
				Não, por quê? _____			
				9) Buscopan, 2x 10mg			
				10) Utrospina, 2x 0,75			
				11) Naloxona, 2x 1,5mg			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SOB			
				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Paciente em uso de collar cervical com trauma raqui medular, realizada IOT com menor flexão cervical e em uso do collar.			Com cânula:			
				Paro o Leito Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES:			
POSICÃO	D			CÂNULAS 8,0 cluff			
AGENTES	Anestesiado						
TECNICA	Geral balanceada						
OPERAÇÃO	Ligadura cirúrgica em fúrcula						
CIRURGIOS	Dr. Wagner						
ANESTESISTAS	Tismora Vale						
OBSERVAÇÕES	# Procedimento de intubação com #						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI Antonio Leme Siqueira Silva An: 28/09/72 LEITE - CONVÊNIO SUS IDADE 452 REGISTRO 173888

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Trat cir c/limpeza de Dr Wagner
ANESTESIA facilita mediotomica

INSTRUMENTADORA André DATA 24/09/88 INÍCIO 20:20 FIM 21:20

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calce. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp. <u>7,5</u>		Calot. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>10</u>	Compressa Grande <u>88:5</u>		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Esteromil <u>20mg</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml <u>150mg</u>		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protarap amp. <u>50</u>		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<u>05</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon	
	Trionembulal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp. <u>25mg</u>		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>02</u>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<u>02</u>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flieocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
<u>02</u>	Geramigna amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml	<u>05</u>	PVPI Degemante ml			
	Hiporema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol	<u>03</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<u>01</u>	SG fr 500 ml	<u>500 ml / mesa</u>
	Revivan amp.		Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Sulptanon amp.		Sonda folley			
<u>01</u>	Epinefrina		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	<u>01</u>	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	<u>05</u>	Gelcom 118			
	Agulha desc. 28 x 28	<u>05</u>	Gelcom 118			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u>	Gelcom 118			
	Agulha p/ roque n°					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso
- ☐ Serra
- ☐ Desfibriador
- ☒ Foco Frontal
- ☐ Fonte de Luz
- ☐ Foco Auxiliar
- ☐ Eletrocautério
- ☐ Oxícapnógrafo
- ☐ Cardiomonitor
- ☐ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



Nome do Paciente <i>André Luiz Siqueira Silva</i>		Nº Prontuário <i>1734893</i>	
Data da Operação <i>26-09-18</i>	Enf. ORTO <i>1</i>	Leito <i>2-1</i>	
Operador <i>Dr. Wilson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. João (MRO)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr.</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fissura mediana do M.D.</i>			
Tipo de Operação <i>Amputação de M.D.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mano</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Localizado em DDH lado anterior ② Anestesia + aspiração + campo estéril ③ Marcação de pele ④ Dissecção na pele ⑤ Hemostasia de garra vasos ⑥ Oclusão de fêmur + regularização de coto ⑦ Realiza medida do coto de fêmur ⑧ Sutura para pele ⑨ Lavar FO + Soro
<i>Dr. Euler Siqueira A. Cruz</i> MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907
<i>20 FEV. 2019</i>

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
 TRM + Ps computador
 MID -

Paciente	Alojamento: 6-2		Leito	Convênio
Antônio Ivoni				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
05/10	1. Dieta livre			
	2. SRL 1500ml EV/24h	OK		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	OK		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h - SW	OK	P.O. estom. claudicante	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	OK	clínica	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	OK	Fenda: leve sensível +	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	OK	e edema local	
	8. Clexane 40mg SC/dia	OK		
	9. SSVV + CCGG	OK		
	Meningococ 1g EV 8/8h	OK		
	Linezolid 600mg EV 12/12h	OK	cl. vpm	
	Acortin 1g NCR	OK		
	Cinacort 2x/dia	OK		
	Hallison Borges de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562		Hallison Borges de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562	



NÃO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8654-6

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



POLEGAR



42326358

Carla S. Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 60.718.778-5 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 29/12/2015

NOME
ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

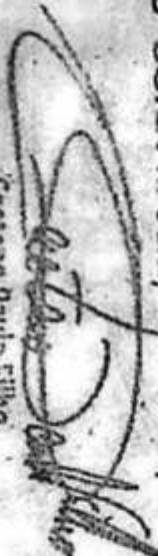
FILIAÇÃO
**JOSE CARDOSO DA SILVA
OTILIA SIQUEIRA SILVA**

NACIONALIDADE
S.J. DO EGITO - PE

DATA DE NASCIMENTO
28/09/1972

CPF
069252674/95

SEM
RO - PB MONTEIRO CC:LV.BU21/FLS0013/Nº06335


Caetano Paulo Filho
Delegado de Polícia Divisão III RGD. SSP. SP

O DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14347494

UNO ORGANIZANDO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PMS LEGAIS
CNPJ 13.99.141/0001-01



CONSELHORIA DE PORTUGAL

Gerson Luciano Santos Netto

CONSELHORIA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

0122-2144
24614

Nome
GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

Filiado
JOSE FERNANDO VIDAL SANTOS
RIZALVA DE SOUSA MARCULINO VIDAL

Nacionalidade
CONGO-PB

RG
3321031 - 5503/PB

Estado de Grávida e Parto
NÃO

Data de Nascimento
14/03/1992

CPF
001.192.334-03

Via Expediente em
01 - 21/08/2017

PAULO ANTONIO DA SILVA
PRESIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETTRAN - PB Nº 014202470601

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0083096940-3 00/00/000000 2018

INACIO SIQUEIRA CARDOSO

38163977434

NOVO

90685041040069313

YAMAHA/YBR 125K

2 P/124 /CI

00/00/0000

0

SEGURO P A G O

20/08/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

16/11/2018

7003862



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

PB Nº 014202470601 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
EAC DPVAT 0000 022 1204

1 38163977434 2018 16/11/2018

008309694031 YAMAHA/YBR 125K

2004 90685041040069313

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O

20/08/2018

0

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.966.000/0001-00

7003862-0949053+20181116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Nani Sequino Silva
DATA DO ACIDENTE 16/09/2019 CPF DA VÍTIMA 069.252.634-95
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antonio Nani Sequino Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Antonio Nani Sequino Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Venâncio José Borges
Nº 114 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
CIDADE Coroico UF PR CEP 58536000
E-MAIL TELEFONE (83) 986434993

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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)
- ☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFERMEM 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 FISCAS (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 CONFERMEM 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.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/02/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

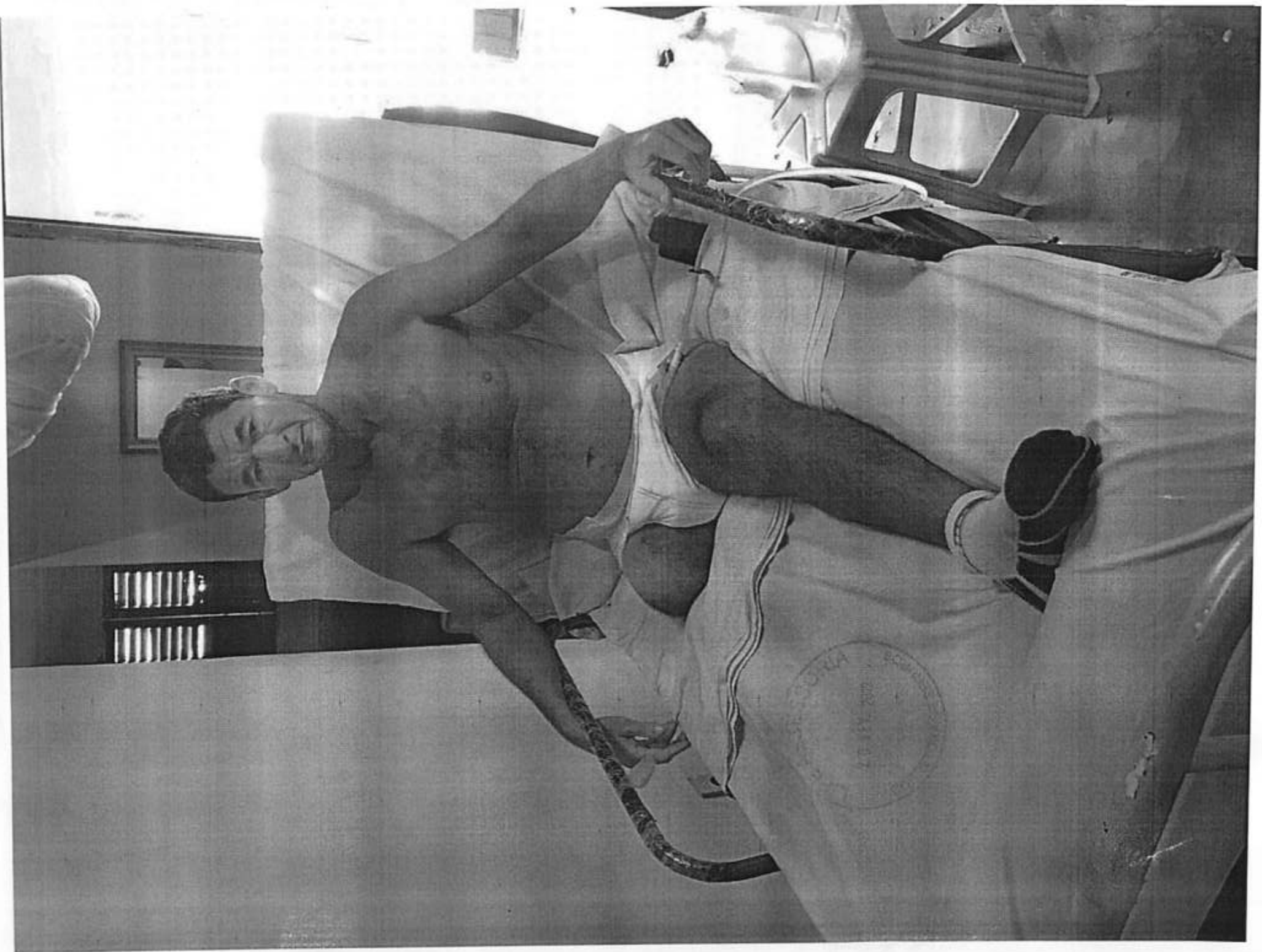
IDENTIDADE 603187785

NOME

ASSINATURA Antonio N. Sequino Silva

ASSINATURA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190158014 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MMII DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME : VÍTIMA NÃO DEAMBULA DEVIDO AO POSSÍVEL TRAUMA MEDULAR E PERDA TOTAL DO MMII D .

Resultados terapêuticos: ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2019

Conduta mantida:

Observações: EXAME REALIZADO DENTRO DE AMBULÂNCIA, DEVIDO AO PACIENTE ACAMADO .

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190158014 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO DIREITO EVOLUINDO COM NECROSE E AMPUTAÇÃO TRANS TIBIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE ANATÔMICA INTENSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190158014 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO DIREITO EVOLUINDO COM FASCIITE NECROTIZANTE E AMPUTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Ivani Siqueira Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de nº. 069.129.216-74 e no RG
de nº 60.718.7285, residente e Domiciliado a
Rua: Rua Venâncio para Bezerra, nº S/N, Bairro
Centro, na Cidade de Congo, Estado
Paraíba, CEP 58535-000.

OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, Advogado,
inscrito no CPF de Nº. 091.192.334-93 RG de nº 3381668, SSDS/PB e OAB/PB de nº
24.614, residente e domiciliado na Rua Amaury Araújo de Vasconcelos, 890, BL 20 AP 101,
Três Irmãs, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial, de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT
cobertura por: Invalidiz, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a)
Antonio Ivani Siqueira Silva, ocorrido em 10 de 09 de 2018,
conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito da 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.

Campina Grande/PB, em 10 de Dezembro de 2018



Antonio Ivani Siqueira Silva
Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO JORDÃO NOGUEIRA
Rua Antonio Tereza Campos, S/N, Congo - PB

Neusa Regina Batista Nogueira
Tabelião Substituta
Cartório do Registro Civil e Notas
Congo - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Antonio Ivani Siqueira Silva
Doc 19, Congo/PB - 10/12/2018
Substituta: Neusa Regina Batista Nogueira
Selo Digital: ANTE1730-1891
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74

Neusa Regina B. Nogueira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063114/19

Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

CPF: 069.252.674-95

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO IVANI
SIQUEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO : 091.192.334-93

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

ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA : 069.252.674-95

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: 20/02/2019
Nome: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA
CPF: 069.252.674-95

ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063114/19

Número do Sinistro: 3190158014

Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

CPF: 069.252.674-95

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO IVANI
SIQUEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA : 069.252.674-95

Autorização de pagamento

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: 27/02/2019
Nome: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA
CPF: 069.252.674-95

ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190158014

Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190158014

Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

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

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

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190158014 **Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA**

Data do Acidente: 16/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00099/00100 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14054885

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190158014

Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

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\$ 9.450,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 237

Agência: 000001898-8

Conta: 0000015949-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190158014 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MMII DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME : VÍTIMA NÃO DEAMBULA DEVIDO AO POSSÍVEL TRAUMA MEDULAR E PERDA TOTAL DO MMII D .

Resultados terapêuticos: ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2019

Conduta mantida:

Observações: EXAME REALIZADO DENTRO DE AMBULÂNCIA, DEVIDO AO PACIENTE ACAMADO .

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

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: 0063114/19 CPF da vítima: 06925267495 Nome completo da vítima: Antonio Ivani Siqueira Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Antonio Ivani Siqueira Silva CPF: 06925267495
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Vicente Soss. Bizarro Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Campana Estado: PB CEP: 58535000
E-mail: gerson-netto@hotmail.com Tel.(DDD): 8333381289

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: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1898 CONTA: 15999 2
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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: Campana Grande 20/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Ivani Siqueira Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gerson Netto
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 20 FEV. 2019
CPF: _____
Assinatura: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.

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: 3190158014

CPF da vítima: 06925263495

Nome completo da vítima: Antônio Juvani Siqueira Silva

Nome completo: Antônio Juvani Siqueira Silva

Profissão: Engenheiro

Endereço: Rua Venâncio Corrê, 813 - Jd. Primavera

Cidade: São Paulo

Bairro: Centro

E-mail: antonio@profinan.com

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

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

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

☐ Itaú (341)

☐ Bradesco (237)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 48988 CONTA: 15999 (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou país/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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190158014
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Ivani Siqueira Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Vicente Jose Bezerra, S/N
Centro Congo PB CEP: 58535-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 607187785
Data local do acidente: [16/09/2018]
Data local do exame: [19/03/2019] Monteiro [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MMII DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO , DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPINA GRANDE NA DATA 17/09/2018 , COM FRATURA EXPOSTA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, REALIZADOS AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAMES DE IMAGEM , CONSTATOU SE NECROSE DO MEMBRO . SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.
Complicações: APÓS PROCEDIMENTO APRESENTOU SEQUELAS PERMANENTES COM PERDA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME : VÍTIMA NÃO DEAMBULA DEVIDO AO POSSÍVEL TRAUMA MEDULAR E PERDA TOTAL DO MMII D .

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

VÍTIMA ACAMADO , APRESENTA PERDA TOTAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Exame realizado dentro de ambulância, devido ao paciente acamado .

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Napoleão Bezerra Costa
Médico
CRM - 9392



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3319-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000025/19 registrada em 01/02/2019, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:36 horas, compareceu o Sr. ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA, com 46 anos de idade, filho de JOSÉ CARDOSO DA SILVA e ITILIA SIQUEIRA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SÃO JOSÉ DO EGITO - PE, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 60.718.778-5, expedido pela SSP-SP, com C.P.F. de Nº 06925267495, residindo à rua VICENTE JOSÉ BEZERRA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de CONGO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 22h20min do dia 16.09.2018, estava transitando na altura do Km 30/31 da Rodovia PB 214, na cidade do Congo/PB, conduzindo a motocicleta YAMAHA/YBR 125K, ano/modelo 2004/2004, de cor preta, chassi nº 9C6KE044040069313, de placa MMY-3786/PB, licenciada em nome de Inácio Siqueira Cardoso, levando como "carona" a outra vítima MARIA RAIMUNDA ALVES JACINTO, Brasileira, natural do Congo/PB, nascida aos 01.07.1967, filha de José Alves Jacinto e Ana Doraci Jacinto, portadora do RG nº 1.576.743 - SSP/PB e CPF nº 035.204.334-27, residente à Rua Governador Antonio Mariz, S/n, no centro da cidade do Congo/PB, quando ao passar na ponte Heleno A. Silva, foram atingidos por um veículo de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante e a outra ocupante da moto foram jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo socorridos pelo SAMU, só que o comunicante foi encaminhado diretamente para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, enquanto que a outra ocupante da moto foi levada inicialmente para o hospital Municipal de Sumé/PB e depois foi transferida para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do sinistro evadiu-se do local; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran, pois os mesmos não foram solicitados; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante e a passageira da moto não pretendem Representar Criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 1 de Fevereiro de 2019

Antonio Ivani Siqueira Silva

ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

Declarante

Jose Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0063134/19	CPF da vítima: 06925267495	Nome completo da vítima: Antonio Ivami Siqueira Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Antonio Ivami Siqueira Silva		CPF: 06925267495
Profissão: Autônomo	Endereço: Rua Vicente Sar. Bizarro	Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Goiozeiro	Estado: SP
E-mail: gerson-netto@protonmail.com	CEP: 13535000	Tel.(DDD): 833341289

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: Bradesco	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 4898	CONTA: 15999 2
(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) ☐ Divorçado ☐ 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:
Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campina Grande 20/02/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Antonio Ivami Siqueira Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: 20. FEV. 2019 CPF: _____ Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Gerson Netto Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, 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.**



Nº DE ORDEM: 74/2018

Em resposta ao Requerimento do Atendimento prestado pela equipe do SAMU 192 o (a)
Sr.(a): ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA. Inscrito (a) RG: 60.718.778-5 - SSP-SP,
CPF:069252674/95. Data de nascimento: 28/09/1972, passamos a informar o que segue:

ID da Ocorrência: 54

Equipe	Central de Regulação Médica Médico Regulador: Dr. CLAUDIO Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM): INAIZA ELMARA Rádio Operador (RO): MARCIO		
Plantonista	US-401 Médico: CLAUDIO Enfermeiro: GABRIELLE Condutor: PATRÍCIO	Tempo Resposta: 40m Saída da Base: 22h18min Chegada ao local: 22h50min Saída do Local: 23h10min Chegada ao HHSF: 00h35min	(HHSF) HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA (UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
USB (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO) USA (UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO) MT: MOTORANCIA			

Data:	Hora:	Idade:	Sexo: F () M (X)	Nº de Vítimas no local: 02
16/09/2018	22h16min	45 anos		
Local da Ocorrência: Cidade do Congo- Pb				
Bairro: -----	Cidade: Congo- Pb	Apoio no Local: PM		

*TEMPO RESPOSTA: É O TEMPO GASTO DESDE A SOLICITAÇÃO ATÉ A CHEGADA NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

Tipo de Agravos (Natureza da Ocorrência)

Trauma (X) Clínico () Gineco-Obstétrico () Psiquiátrico ()	OBS: -
--	--------

Resumo da ocorrência:

Paciente vítima de colisão carro X moto, encontrado em decúbito dorsal, consciente, apresentando dor, edema e ruptura muscular em MID, fratura de joelho direito, vias aéreas livres, pulso radial presente, padrão respiratório regular, FC: 80 bpm, PA: 100x60 mmHg, SpO2= 99%, monitorizado. Realizado atendimento ao paciente traumatizado, imobilizado conforme protocolo de trauma, administrado AVP com solução cristalóide SF e SRL, analgesia e transportado para o Hospital de Trauma de Campina Grande, aos cuidados da equipe, mantendo os parâmetros citados anteriormente.

Anália Cibelle Fernandes Parias
Coordenadora Geral
SAMU Regional de Monteiro

ANÁLIA CIBELLE FERNANDES PARIAS
Diretor de GERAL / SAMU Regional Monteiro



Assinatura do Recebedor:

Siqueira

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO IVANI SIQUEIRA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 000000015949-2

Nr. Autenticação

BRDESCO3004201905000000000023701898000000015949945000 PAGO