

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200062923 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 14

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Ortopedia_Mão_Centro Médico

LEONARDO CEZAR

DIRETOR CLÍNICO • RQE 4123 e RQE 4359

PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGIA • CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA

LAUDO MEDICO

AMAURO JANUARIO DA SILVA, APRESENTOU FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO, OPERADO SEM INTERCORRENCIAS, JA RECUPERADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA SUAS ATIVIDADES LABORAIS, DE ALTA MEDICA.

Ortopedia

CAMPINA GRANDE 31 DE JANEIRO DE 2020.

Especialidades

- Ortopedia • Cirurgia de Mão e Microcirurgia • Nutricionista • Reumatologista • Neurocirgião
- Neurologia • Psicologia • Fisioterapia Neuro-motora • Fisioterapia Pélvica • Quiropraxia • Acupuntura
- Radiografias • Eletroneuromiografia

leocezzar@hotmail.com SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata). (83) 32011918

Leonardo Cezar Leonardocezar sosortopedia_mao_centromedico (83) 9 9997.4277 / (83) 9 8189.2022

Atendimento de segunda a sexta feira por ordem de chegada, 7:00 às 18:00

Urgência e Emergência (83) 9.9997.4277

Leonardo Cezar
Centro Médico SOS
CRM 312012615



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2012830 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: 11/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: AMAURI JANUARIO DA SILVA CEP:58400002 Nascimento:05/10/1987
Endereço: R JOSE PALHANO Sexo:M Telefone: 87616060
Cidade: Campina Grande Idade:032 Bairro:CRUZEIRO
Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA RG: 3366769 N°:2
QUEIROZ CPF: 08192950433 Profissão:AUXILIAR DE SERVICOS GERA
Responsável: RAFAEL JANUARIO Data de Atend:11/10/2019 CNS:08192950433
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 13:35:36 CONVÉNIO:SUS

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. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Lacerção |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empedramento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Coríntico | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Pieltrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Paciente relata queda de motocicleta há 1h. Fazia uso de capacete. Nega uso de álcool. Relata dor em MIE. Nega náuseas, vômitos ou perda da consciência. (A) VAS: pernas e nem cervicalgia. (B) MVR em AHT, SI RA. (C) TEP: B3, pulsos (D) Abdome indolor, sem sinais de peritonite. (E) Fratura em MIE.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow 15 PA 130x80mm HGT: FC = 65bpm Sat02 97%

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às 13:50 Dia / /

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 500 + AD EV agona	
2	Ticatil 40mg + AD EV agona	
3		13:50
4		X/10
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairton Fonseca
CRM-PB 000222 / CRUZ 0002174
CRM-PB 000222 / CRUZ 0002174

RAIO
REALIZADO EM:
11/10/2019

~~01 Jules Gérard Fonseca
02-06-1910 / 03-06-2017
Gérard Fonseca~~

• Eluviación suave (24:30h) - Poco estrés entre sucesos temporales - abe
• Alta de agua suave - abe
• Los sucesos de difusión

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs

()Centro cirúrgico _____

() Alta hospitalar / () A revelia

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

()abit

Profº Tomarinho Silveira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
11111111111111111111	111111111111	111111
11111111111111111111	111111111111	111111
11111111111111111111	111111111111	111111
11111111111111111111	111111111111	111111

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/10/2019
Data: 11/10/2019 *

Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 N° ATEND: 2012830

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 11/10/2019 HORA : 13:36:15

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	SINAIS VITais:		DO
					ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN		

OBS-SAMU-CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

CG
/COREN
Allana Giselle Uchôa
COREN-PA 9513-EN

Data da internação: 11/10/2019 Hora: 17:26:44

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
AMAURO JANUARIO DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO
20130117 - CARTÃO DO SUS
8980048300476338 - DATA DE NASCIMENTO
05/10/19879 - SEXO
Masculino Feminino Fem 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** - N° RE. TELEFÔNICO **87616060**12 - ENDERECO (RUA, N°,BAIRRO)
R JOSE PALHANO , 2 , CRUZEIRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande14 - CODIGO
MUNICÍPIO
25040015 - UF
PB16 - 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****21 - CID 10 PRINCIPAL****22 - CID 10 SECUNDÁRIO****23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS****PROCEDIMENTO SOLICITADO****24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO****25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**26 - CLÍNICA
**27 - CARÁTER DA
INTERNAÇÃO**28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL
704304514628896*Dr. Fábio Crispim
Ortopedista / Traumatólogo
CRM-PE 123456789-73*30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO
11/10/201932 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
CRM-PE 123456789-73**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA NEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADORA

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO**43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR****44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR****45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**46 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF47 - DATA DA
AUTORIZAÇÃO
/ /

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



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

REQUISIÇÃO DE E)

NOME:

Juniorio de Silve

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Fratura em perna (D), ongo, (E)

13⁷⁷

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X

REALIZADO EM:

11/10/15

EXAME SOLICITADO:

Rx de perna (D), AP e Perfil.

(E)

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Funesca
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 10312 / CRM-PE 23727

RESPONSAVEL PELA SOLICITAÇ



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Data da Alta: 13/10/2019

Registro: 2013011

Tempo de Permanência: -18181

Diagnóstico Inicial:

Fractura TNZ (E)

Diagnóstico Final:

D m s m o.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: *Dra. Myriam*

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM TNZ E RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DE TNZ E. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + NÃO PISAR + CURATIVO DIÁRIO

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: LOXONIN + LEVOFLOXACINO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 13/10/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry Paiva

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 10.007



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2013011 Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ Data de Nascimento: 05/10/1987 Admissão: 11/10/2019 DIH - 1

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

 021
 041

DIA 12/10/2019
MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 3FRASCO, 8h/8h	SUSPENSO
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12/18 24/06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	12/22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 24/06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SER/INGA, 24h/24h (ADM AS 14h) TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	12/22
8	NECESSARIO FAZER DE 88H	S/N

EVOLUÇÃO 9. Jabo rebom 30/40

DATA: 12/10/2019 HORA: 11:46:30

1 DPO

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES PRESENTES E SATISFATÓRIAS.

SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA EM FO.

 CD: VPM. / *solvente* *benepo* .

 ASSINATURA - CARIMBO
 Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
& MEDICO
CRM-PB 9907

13/10/19

Aqui hospitalar of anúncio da referida
Ambulatório + ABS + tinta.
Dr. Xury Paiva
ORTOPEDIA TRAJANO DE SOUZA
CRM-PB 10.507

Sr(a): AMAURI JANUARIO DA SILVA **Protocolo:** 0000492828 **RG:** NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ **Data:** 12-10-2019 14:06 **Origem:** CLÍNICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES **Idade:** 32 anos **Destino:** GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/10/2019 14:06]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm ³	4,7 a 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	95 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	959
Segmentados.....	80,0	10.960
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	10,0	1.370
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	411
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000 mm ³	2,0 a 10 x 10 ⁹ = até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


 Ana-Cássia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-0993-0ED9-7ECB-75AC-C52E-139D-927F



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME

PRONTUÁRIO: AMÁURI JANDIRIS

24

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

RK 50 TORN 28 LD BSGUBR 20
NP + perf

REQ 10 X

REALIZADO EM:

21/10/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Dr. Fábio Crispim
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PE 23.13 /CRM-PB-9561
TEC: 16.173

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Thiago Januário da Cunha Idade: 16
Convênio: Sus Data: 03/08/2018
Procedimento: Ext. laringóscopico gástrica e biópsia de tonsil (E)



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		~
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		~
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		~
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		~
TOTAL DE PONTOS:		9

Assinatura do anestesista




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Amorati Joaquim da Silveira</i>			IDADE <i>32 A</i>	SEXO <i>m</i>	COR <i>ur</i>	
DATA <i>11/10/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS	
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Toracôsolo esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS	OF						INDUÇÃO	
Líquidos							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
CÓDIGOS: VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							MANUTENÇÃO <i>Cefozolina 20 Síntome 20 Peforolox 100mg ondolox 1000mg Saxem 1000mg</i>	
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	1550 PARTE 17.15 ORIGEM SCL velocidade 150						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
POSIÇÃO						Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____		
AGENTES	peroxaz 0,511 kg + suco orég + fármac 1000g + hidroxidam 500g					CONDIÇÕES: _____		
TÉCNICA	Popli, Penfia, 25 L3 L4					CÁNUAS		
OPERAÇÃO	Redutor + fraca amarra fratura exposta Toracôsolo							
CIRURGIÕES	Fabio Aguiar							
ANESTESTISTAS	Mozulco							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA			
					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB			



CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0915

Paciente: MANUEL AGUILAR GOMEZ

Hospital: Mayo Clinic

Médico: DR. FARIÑA

Data da Cirurgia: 11/10/12 Procedimento: colostomia

Prontuário: 0123456789 Convênio: _____

Instrumentadora(O): Teresa Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
08	PELOS 11/11/11	5.5
06	PACASUSOS PORTAIS	3.5
	14	
02	PACASUSOS G5 POMBO	0.3
	16 6	
45	50	
01	APP	4

Recife, 10 de 20

Dr. Fabio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.113 / CRM-PE 9561
TEOT: 16.173

Circulante

Médico Responsável

Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

Número do Atendimento: 2013011 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 4

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050497 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Cirurgia: Data da Cirurgia: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: DR. FABIO CRISPIM

Aux 1: DR. JOAO PAULO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR. MARCILIO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

- GARROTEAMENTO DO MIE

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 DE CANO + 06

PARAFUSOS CORTICAIS COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM

- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

- SUTURA + CURATIVO

- RETIRADA DO GARROTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim LimaDr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB - 23.13 / CRM-PB - 5561
TEDT: 16.173

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PB		Nº 015100255556	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	DET	20190000406102-2	
1	0093201240-0	00/00000000	2019
NOME RAFAEL JANUARIO DA SILVA			
CNPJ / CNPJ 11598870475		PLACA MNY 7377 / PB	
PLACA ANT / NF NOVO PB		CHASSIS 9C2KC08108R009604	
TIPO DE VEÍCULO PAS / MOTOCICLE / NÃO APLIC		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS		ANO FAB. 2007	ANO MOD. 2008
CAB / PORT / C/AS 2 P/149 / CI		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE CINZA
I	COTA ÚNICA *****	00/00/0000	VENC / COTAS 1º
P	PARCELAMENTO / COTAS *****	0	2º
V			3º
A			
PRÉMIO TARIÁRIO *****		PRÉMIO TOTAL SEGURO PAGO	DATA DE PAGAMENTO 06/09/2019
OPERAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL CAMPINA GRANDE - PB		DATA 06/09/2019	
32875		32466	

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

PB Nº 015100255556 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 2019 DATA EMISSÃO 06/09/2019

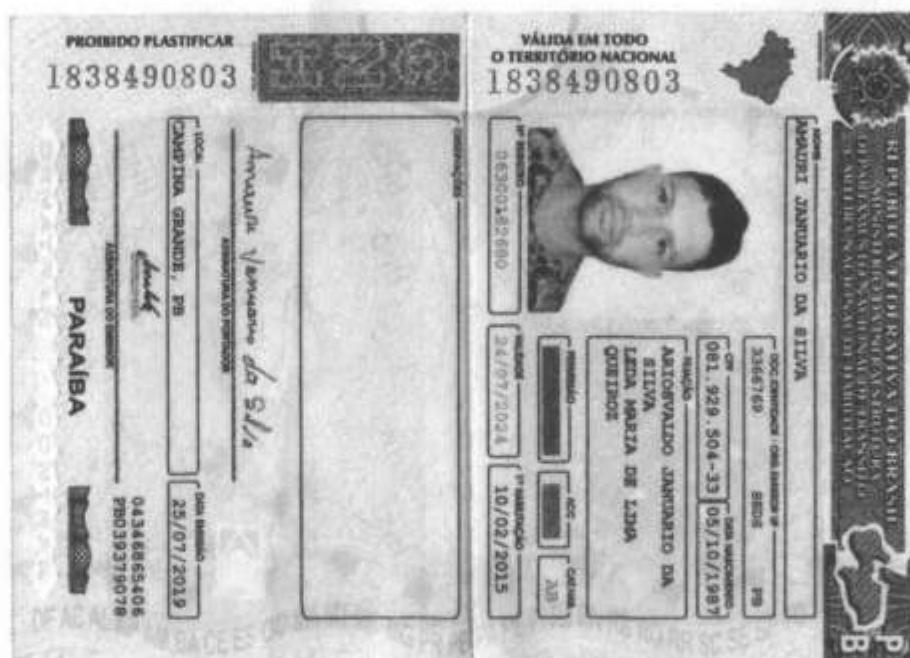
VIA	REF / CNPJ 11598870475	PLACA MNY 7377 / PB
00932012400	HONDA / CG 150 TITAN KS	MARCA / MODELO
ANO FAB. 2007	GTI TYPE 9	Nº CHASSIS 9C2KC08108R009604
PRÉMIO TARIÁRIO		
*****	DEPARTAMENTO (PES)	VALOR DO SEGURO (PES)
*****	*****	*****
PRÉMIO BILHETE (PES)		SEGURADOR
PAGAMENTO		DATA DE CUSTAÇÃO 06/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

32468-1511291-20190906





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 1526 / 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 Ouv doria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TLM POR FINALIDADES DISCIPLINARAS, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, INCLUIR, EXAMINAR E TUTELAR AS OCUPIÇÕES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Guldner

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.951 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (i) do Beneficiário

Amarsi Januaria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amarsi Januaria da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Dentro Paula Paula Roberta Maia</u>	Número:	<u>69</u>	Complemento:	<u>Cara</u>
Bairro:	<u>Presidente Medice</u>	Cidade:	<u>Campina Grande</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>Rodrigo2709Lima@gmail.com</u>			CEP:	<u>58.917.680</u>

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Guldner

Assinatura do Declarante

MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 69 - PRES MEDICI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AD: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Clt/5loc: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 794 - 840 Referência: Nov/19
Medidor: 00008071229 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Astori, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ:08.825.596/0001-95 Inc. Est: 16.003.839-1
Nota Fiscal/Carta de Energia: EN005 189.216
Ctd. para Dtb. Automática: 00003420891

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.462.824-78 Inc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conheça a Gisa, nossa atendente virtual do WhatsApp! Ela pode te ajudar com informações sobre débitos, emitir a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de Relação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar: (83) 99135-5540.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifa/cf. Vlr. Base Calc. Alq. Icmf(R\$) Base Calc. Pts(R\$) Cofins(R\$)				
0801 Consumo em kWh	81.000 0,738180	59,83	59,83 25	14,91 59,83 0,85 2,97
0801 Adic. B. Amarela		0,42	0,42 25	0,10 0,42 0,00 0,02
0801 Adic. B. Vermelha		3,58	3,58 25	0,89 3,58 0,04 0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUÍM PÚBLICA		7,90	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2019		0,55	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2019		1,43	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 73,51 63,83 15,90 63,83 0,89 3,17
Tarifa/s/ Tributos: 0,507380

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
80 29/11/2019 R\$ 73,51

Histórico de Consumo (kWh)
76 | 78 | 83 | 81 | 81 | 82 | 108 | 81 | 85 | 107 | 80 | 80 | 76
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19

RESERVADO AO RISCO

085d.5c77.2c2f.6723.68f4.301f.dac1.f994.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

Limites da ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,71	220
FIC MENSAL	3,33	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,60	CONTRATADA 202
FIC ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR 231
DMC	5,25	0,00
DRH	12,52	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia 80	13,06	17,78
Compra de Energia	25,12	34,17
Serviço de Transmissão	2,76	3,75
Encargos Sistêmicos	2,94	4,00
Impostos Diretos e Encargos	26,54	40,32
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	73,51	100,00

Valor da EU60 (Ref. 9/2019) R\$ 22,46

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES*, já reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso

Out/19 64,50

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.000009 03149.036000 00793.199175 1 808800000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ 044.462.824-75
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 69 - PRES MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Paga
31490360000793199 000242089201911 29/11/2019 R\$ 73,51

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.825.596/0001-95
Av. Dep. Raimundo Astori, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5

LEDA AMRIA DE LIMA QUEROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 111 A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58111-265/26-4021

LEDA AMRIA DE LIMA QUEROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 111 A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58111-265/26-4021

Ligações: MONOFÁSICO
Claro/Br: FIBRA ÓPTICA RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rua: 14-401 - 756-3280 Referência: 36 - 2019
Meiajá: W10000735387 Entrega: 23/08/2019

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	23/09/2019	23/10/2019	373.815.204-00

UC (Unidade Consumidora): 479191-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leritura	Data	Leritura						
12/08/19	7228	23/08/19	7304		1		26		32
DEMONSTRATIVO									
CD	Descrição	Qtd. (kWh)	11.030	Var. Bas. Cac.	Alt.	Luz/M2	Bas. Cac.	Força	Consumo
				Tr. auto. (kWh)	ICMS (R\$)	ICMS		Força (kWh)	(kWh/mês) (0,075%)
0001	Consumo em kWh	36.801	8.712870	26,63	25,83	25	8,41	25,83	0,17
0001	Adm. E. Vermelha			2,02	2,02	25	0,59	2,02	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUÍZES DE MORA 09/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA-58/2019			0,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	BBH SEGURO FÁCIL-ACE 03/2019			1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 30,73 27,89 5,91 27,25 0,18 0,36
Tabela de Tributos 0,507330

Media Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22	30/09/2019	R\$ 33.73

Histórico de Consumo (kWh)											
33	37	35	32	39	40	41	37	34	33	31	30
Sext/18	Quin/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Agosto/19

RESERVADO AO FSCD
7b81.4228.ef3a.5173.08cc.3ea0.9dc4 580d.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
IC MENSAL	5,51	0,00		Serviços de Dist. de Energia/IE	5.926	17,44
IC TRIMESTRAL	11,11		NORMAL	Compra de Energia	11.110	35,82
IC ANUAL	22,21			Serviço de Transmissão	1.222	3,91
IC MENSAL	3,31	0,00	CDE TRATADA	Encargos Sist. Serviços	750	24,99
IC TRIMESTRAL	6,66		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	1.665	54,57
IC ANUAL	13,32		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	3.310	
INC	3,21	0,00				
ICRI	12,44					
				Total	33.73	100,00

ATENÇÃO
Contrato Serviço: BEM-SEGURO FÁCIL - ACE - 0 -
- O cancelamento de cobranças da convênio e o encerramento de fatura sem essas cobranças
resulta em multa diária, a qual é calculada a partir do dia 01/01/2010.



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: 11/10/2019	HORA: 12:57 HRS	ID Nº: 110071
NOME: AMAURI JANUARIO DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV: JUCELINO KUBITSCHEK - VELAME		
COMPLEMENTO: EM FRENTE A RICARDO BICICLETA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 13 de novembro de 2019.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

7^a DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB

Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira – Campina Grande.
Fone: 3322 9568 - CEP 58.100970



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: Às 12:00, do dia 11 de outubro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:36, do dia 13 de novembro de 2019.

Local do Ocorrido: AV. JUSCELINO KUBISTCHECK, VELAME, NESTA.

COMUNICANTE/VÍTIMA: AMAURI JANUÁRIO DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 05/10/1987, com 32 anos de idade, ID: 3366769 SSP-PB, REPOSITOR, filho de ARIOSVALDO JANUÁRIO DA SILVA e de LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 197-A, bairro SANTA CRUZ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular N° 83 9.8667-5227

TESTEMUNHAS: ALVARO CORDEIRO VIEIRA, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

HISTÓRICO: INFORMA QUE, NO DIA 11/10/2019, POR VOLTA DAS 12H, ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, COR CINZA, ANO 2007/2008, PLACA MNY7377/PB, CHASSI 9C2KC08108R009604, EM NOME DE SEU IRMÃO RAFAEL JANUÁRIO DA SILVA, NA AVENIDA JUSCELINO KUBISTCHECK, EM FRENTE À LOJA RICARDO BICICLETAS, OCASIÃO EM QUE O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA AREIA EXISTENTE SOBRE O ASFALTO, LHE OCASIONANDO UMA QUEDA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO TORNOZELO.

AUTORIDADE

KARINE DE LIMA VASCONCELOS

COMUNICANTE

AMAURI JANUÁRIO DA SILVA

ESCRIVÃ

SIMONE RODRIGUES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
081.929.504-33 Amuri Januaria da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 081.929.504-33
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Reperitóri 33000-0000 1914 Casa
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-255
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98667-5227

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Rodrigos de Lima Guedes
18 - CPF do Representante Legal: 064.099.954-90 19 - Profissão do Representante Legal: mestre

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 00911 01 CONTA: 00539072 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não 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.

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE
NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Campina Grande 06/12/2019

Amuri Januaria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 081.929.504-33 4 - Nome completo da vítima: *Amáuri Januário da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<i>Amáuri Januário da Silva</i>	081.929.504-33		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Repositar</i>	<i>310 Bruna Silva Albuquerque</i>	1914	<i>Casa</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Santa Cruz</i>	<i>Campina Grande</i>	PB	58.417-255
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83.98667-5227		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
<i>Rodrigo de Lima Guedes</i>	064.099.954-90	<i>metaboy</i>

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (herinascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Campina Grande 06/12/2019*

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Amáuri Januário da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



CAIXA

POUPANÇA



4392 6719 1413 5070

AMAURO J. DA SILVA

0041 013 00539072-4

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062923

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AMAURI JANUARIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 31/01/2020, emitido pelo Dr. LEONARDO CEZAR CRM nº 6740 - PB, da Instituição SOS ORTOPEDIA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062923

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RODRIGO DE LIMA GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMAURI JANUARIO DA 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439362/19

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

CPF: 081.929.504-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RODRIGO DE LIMA GUEDES : 064.099.954-90

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

AMauri JANUARIO DA SILVA : 081.929.504-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: RODRIGO DE LIMA GUEDES
CPF: 064.099.954-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

RODRIGO DE LIMA GUEDES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amauri Januário da Silva brasileiro(a),
estado civil Solteiro, inscrito no CPF de nº 081/929/504/33, e
no RG de nº 3366769, residente e Domiciliado a
Rua: Serviço Alvo Almeida, nº 79, Bairro
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.417-255.

OUTORGADO: Rodrigo de Lima Guedes brasileiro(a),
estado civil Casado, inscrito no CPF de nº 064/099/954/90, e
no RG de nº 3172791, SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paula Roberto Maia, nº 69, Bairro
Presidente Venceslau, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-000.

Por este instrumento particular de procuraçao, 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) Amauri Januário da Silva ocorrido em 27/10/12,
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019



Amauri Januário da Silva

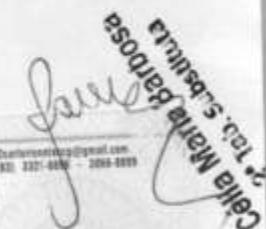
Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabeliã: Maria da Fátima Letícia Cavalcanti
Praça da Bandeira, 100, Centro - C. Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
AMAURI JANUARIO DA SILVA.

Campina Grande/PB, 04/12/2019
Em testemunho da verdade. Dou fá.
Substituta: CELIA MARIA BARBOSA
Selo Digital: AJM93602-DIEK
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Enol R\$0,91 ISS R\$0,50 Farpen R\$0,29
Fep: R\$1,82 MP R\$0,16





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PB		Nº 015100255556	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	DET	20190000406102-2	
1	0093201240-0	PLACA	EXERCÍCIO
RAFAEL JANUARIO DA SILVA			
CNPJ / CNPJ		PLACA	
11598870475		MNY7377/PB	
PLACA ANT. / NF		CHASSIS	
NOVO		PB 9C2KC08108R009604	
TIPO DE VEÍCULO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA / NÃO APLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / CG 150 TITAN KS		2007 / 2008	
CAB. / PORT. / C		CATEGORIA	
2 P/149 / CI		PARTIC	
CÓD. PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
*****		00/00/0000 1 ^o	
COTA ÚNICA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		0 2 ^o	
		3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO			

SEGURADO / BILHETE ING			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE - PB		06/09/2019	
32875		32466	

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

PB Nº 015100255556 BILHETE DE SEGURO DPVAT

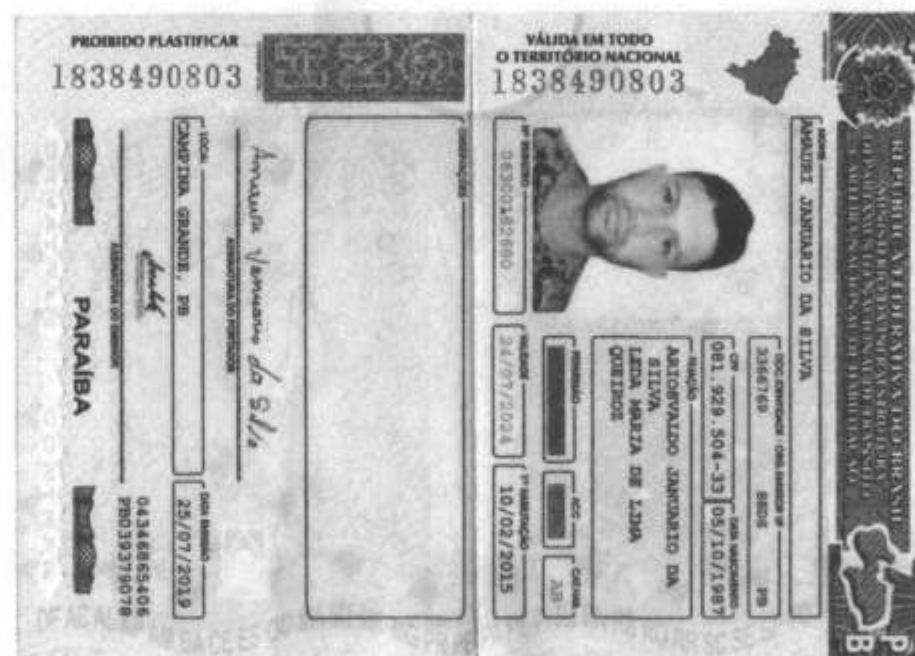
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 06/09/2019

VIA	REF / CNPJ	PLACA
1	11598870475	MNY7377/PB
00932012400		HONDA / CG 150 TITAN KS
ANO FAB.	GTI / FAB.	Nº CHASSI
2007	9	9C2KC08108R009604
PRÉMIO TARIFÁRIO		
*****	*****	*****
SEGURADO / BILHETE ING		SEGURADO / BILHETE ING
COTA ÚNICA		PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PARCELADO		DATAS DE PAGAMENTO
		06/09/2019
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.508/0001-04		

32468-1511291-20190906



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

prof. 26: 200
 exames de laboratório
 22 horas
 2023/09/10
 2023/09/10
 2023/09/10
 2023/09/10

2023/09/10 / CBR-2023
 CR-2023
 Dr. Jardes Fonseca

* Exames de laboratório
 * Até a emissão - aferição
 * Paciente em ótimo quadro - aferido 2011 mmHg clínica
 * Emissões setor (14:30h)

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

Centro cirúrgico _____

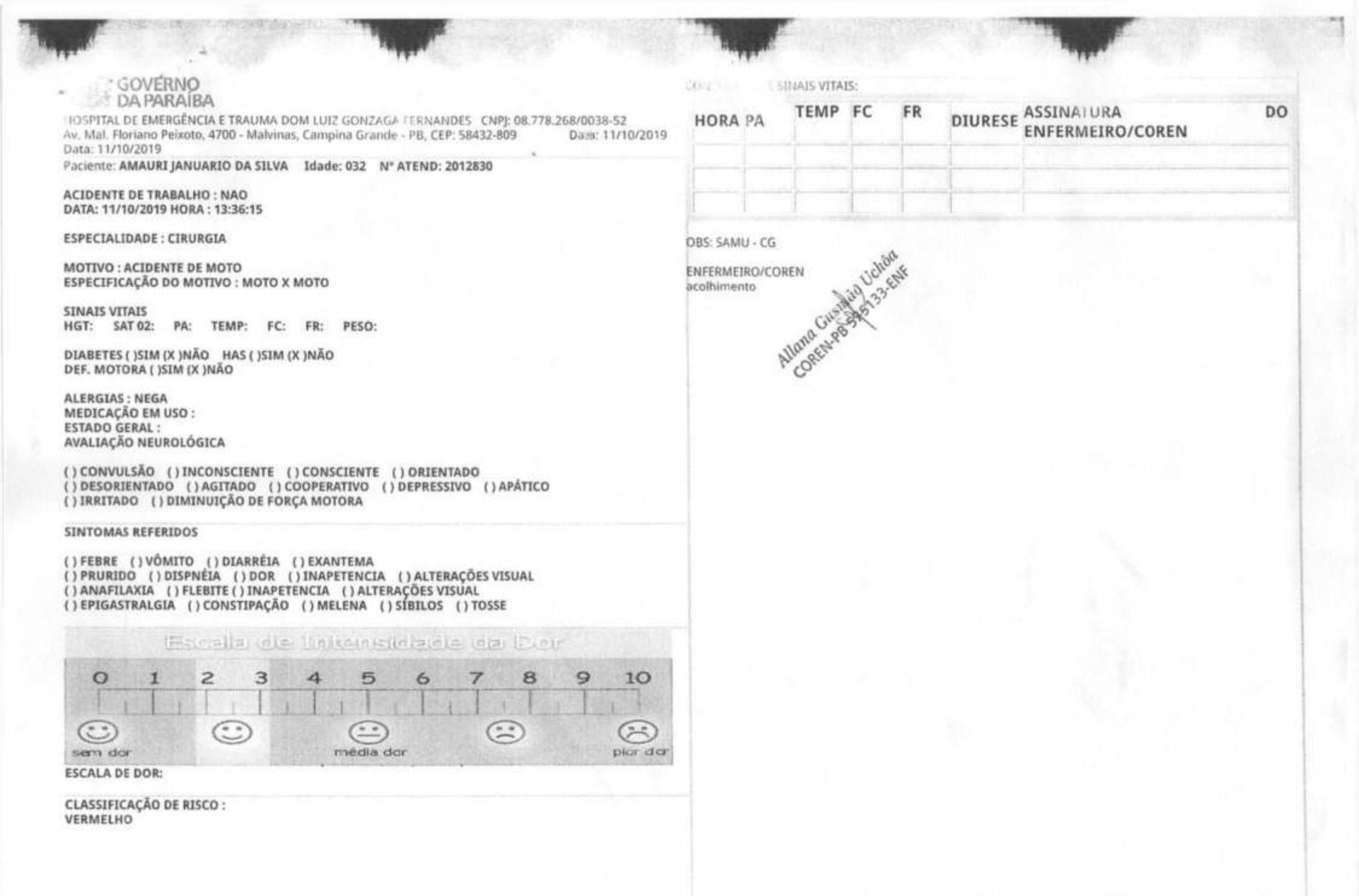
Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Prof. Jardes Fonseca
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

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



Data da internação: 11/10/2019 Hora: 17:26:44

SUSSistema
Único do
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

AMAURO JANUARIO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2013011

7 - CARTÃO DO SUS

898004830047633

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/10/1987

9 - SEXO

M**F**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 87616060

12 - ENDERECO (RUA, N° BAIRRO)

R JOSE PALHANO , 2 , CRUZEIRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - COD. INIGE

250400

15 - UF

PB

16 - 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

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA
INTRODUÇÃO28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

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

704304514628896

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO**11/10/2019**

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

*Dr. Fábio Marcos Crispim
Lima, Bauru - SP CRM 981853***PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - CBO

() EMPREGADO

() EMPREGADORE

() AUTÔNOMO

() DESINPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

48 - DATA DA
AUTORIZAÇÃO

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



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

REQUISIÇÃO DE E

NOME:

Junior de Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Trauma em perna (B), oligo, (E)

(3) 77

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
7/10/15

EXAME SOLICITADO:

Rx de perna (B), AP e Pergil.

(E)

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Furtado
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 10502 / CRM-PE 23721

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇ

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Data da Alta: 13/10/2019

Registro: 2013011

Tempo de Permanência: -18181

Diagnóstico Inicial:

Fractura exposta TNZ (E)

Diagnóstico Final:

O mesmo.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2: *Q*

Aux 3: *Q*

Aux 4: *Q*

Anestesista: *Dr. Mrcj / 2.*

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM TNZ E RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DE TNZ E. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + NÃO PISAR + CURATIVO DIÁRIO

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: LOXONIN + LEVOFLOXACINO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 13/10/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry de Paiva Camera

Dr. Ywry Paiva

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

CRM-PR 10.907



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2013011 Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ Data de Nascimento: 05/10/1987 Admissão: 11/10/2019 DH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Euler Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 3FRASCO, 8h/8h	<i>SUSPENSO</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<i>12/18/2006</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	<i>12/22/06</i>
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	<i>12/15/2006</i>
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>16</i>
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>22</i>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H	<i>S/N</i>

EVOLUÇÃO 9. Jde salvo

DATA:12/10/2019 HORA:11:46:30

1 DPO

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES PRESENTES E SATISFATÓRIAS.

SECRECÃO SEROSSANGUINOLENTA EM FO

CD: VPM. ; Selective response.

ASSINATURA - CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Enter Fabrício A. L. P. S.
MEDICO
CRM-PB 6963

13/10/19

019
Ausz Hoipitber of onthouf de mense
Ambulans + ABS + Anna.

Dr. Yann Palva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRANIO-MAXILLOFACIAL
CHAMPS DE MONTJOIE



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): AMAURI JANUARIO DA SILVA
Protocolo: 0000492828
RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ
Data: 12-10-2019 14:06
Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Idade: 32 anos
Destino: GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/10/2019 14:06]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm ³	4.2 a 6,1 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	95 fL	85,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	30,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³	
	(%)	(/mm ³)	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	7,0	959	
Segmentados.....	80,0	10.960	10,0 a 10,5 % = 1.800 a 1.900 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 a 1,0 % = até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % = até 100 /mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	10,0	1.370	20 a 45 % = 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	3,0	411	0,5 a 10,5 % = até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000/mm ³	140.000 a 400.000/mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-0993-0ED9-7ECB-75AC-Cb2E-139D-927F



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME

PRONTUÁRIO: AMÁURI JANDIRIS

26

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

RK DD TORN 2BLD BSGUBRDO
AP + perf

REALIZADO EM:
21/10/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 23.113 / CRM-PB: 5561
TEOT: 16.173

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>Anna Carolina da Cunha</u>	Idade:	
Convênio:	<u>Unimed</u>	Data:	
Procedimento:	<u>Rev. cirúrgico fratura exposta de tornozelo (E)</u>		
Cirurgião:	<u>Dr. Fábio Lippim</u>	Auxiliar:	<u>Dr. Marinho</u>
Inicio:	<u>16:00</u>	Término:	<u>17:30</u>
		Anestesia:	<u>Raque</u>

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>		~
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i>		~
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		~
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i>		~
<i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		~
<i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		0

Assinatura do anestesista




NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Amáuri Yamunori da Silva DR - 05-30-87
 QI - LEITE sala 04. 9/95 CONVÉNIO IDADE 32 anos REGISTRO 2012830

CIRURGIA Tratamento cirúrgico

Fratura exposta de Tornozelo ~~direito~~ esquerdo

ANESTESIA Ráque esquerdo

INSTRUMENTADORA Thiago

DATA 31/10/19

CIRURGIÃO

Dr. Fábio Crispim

ANESTESIA

Dr. Márcio

INICIO 16:00

FIM 17:30

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

05 Adrenalina amp.

Atropina amp.

Diazepam amp.

Dimore amp.

Dolantina amp.

Efrane ml

Fenegam amp.

Fentanil ml

Inova ml

Ketalar ml

Mercaina % ml

Nubatin amp.

Pavulon amp.

Protigmine amp.

01 Proxido l/m ~~hipuracalina~~

Quelicin ml ~~pentox~~

Rapifen amp.

Thionembutal ml

Tracrium amp.

Qtd. MEDICAÇÕES

05 Água Destilada amp.

01 Decadron amp.

02 Dipirona amp.

02 Flaxidol amp. ~~efazolina~~

Flêbocortid amp.

Geramicina amp.

01 Glicose amp. ~~etoprofeno~~

Glucon de Cálcio amp.

01 Haemacel ml ~~nauseadron~~

Heparema ml.

Kanaklion amp.

Lasix amp.

Medrotinazol.

Plasil amp.

Prolamina

Revivan amp.

Stuplanon amp.

Cefalotina 1g

Sonda

Sonda foley

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral nº

Steridrem ml

Torneirinha

Vaseline ml

Gelcon 18

Latese

05 eletrodo

05 algodão orto

pediclo

02 Aladuras de Crepon 30 cm

Aladuras de Gessada

Azul metílico amp.

Benzina ml

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

02 Agulha desc. 16 x 12

Aguilha desc. 28 x 28

Aguilha desc. 3 x 4,5

01 Agulha p/ ráque nº 25

02 Álcool de Enfermagem 70%

Álcool Iodado ml

04 Aladuras de Crepon 30 cm

Aladuras de Gessada

Azul metílico amp.

Benzina ml

Qtd. SOROS

03 Sabão Antiséptico

02 Seringa desc. 10 ml

02 Seringa desc. 20 ml

02 Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda foley

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral nº

Steridrem ml

Torneirinha

Vaseline ml

Gelcon 18

Latese

05 eletrodo

05 algodão orto

pediclo

02 Aladuras de Crepon 30 cm

Aladuras de Gessada

Azul metílico amp.

Benzina ml

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

03 placa 07 furos

por 06 contatos

03 queila

02 parafusos espessos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Aureaí Tonu zolo da filha			IDADE	SEXO	COR		
DATA 11/10/19		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PÓ-OPERATÓRIO Fratura exposta Tonu zolo expurado						ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂					INDUÇÃO			
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____		
LÍQUIDOS	SF					Laringo: _____	esparso: _____	Lenta: _____	
	200					Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____	
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							MANUTENÇÃO		
	<img alt="Handwritten graph of arterial blood pressure (VP. Arterial) over time. The y-axis ranges from 20 to 260 mmHg. The x-axis shows time points: 0, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99, 101, 103, 105, 107, 109, 111, 113, 115, 117, 119, 121, 123, 125, 127, 129, 131, 133, 135, 137, 139, 141, 143, 145, 147, 149, 151, 153, 155, 157, 159, 161, 163, 165, 167, 169, 171, 173, 175, 177, 179, 181, 183, 185, 187, 189, 191, 193, 195, 197, 199, 201, 203, 205, 207, 209, 211, 213, 215, 217, 219, 221, 223, 225, 227, 229, 231, 233, 235, 237, 239, 241, 243, 245, 247, 249, 251, 253, 255, 257, 259, 261, 263, 265, 267, 269, 271, 273, 275, 277, 279, 281, 283, 285, 287, 289, 291, 293, 295, 297, 299, 301, 303, 305, 307, 309, 311, 313, 315, 317, 319, 321, 323, 325, 327, 329, 331, 333, 335, 337, 339, 341, 343, 345, 347, 349, 351, 353, 355, 357, 359, 361, 363, 365, 367, 369, 371, 373, 375, 377, 379, 381, 383, 385, 387, 389, 391, 393, 395, 397, 399, 401, 403, 405, 407, 409, 411, 413, 415, 417, 419, 421, 423, 425, 427, 429, 431, 433, 435, 437, 439, 441, 443, 445, 447, 449, 451, 453, 455, 457, 459, 461, 463, 465, 467, 469, 471, 473, 475, 477, 479, 481, 483, 485, 487, 489, 491, 493, 495, 497, 499, 501, 503, 505, 507, 509, 511, 513, 515, 517, 519, 521, 523, 525, 527, 529, 531, 533, 535, 537, 539, 541, 543, 545, 547, 549, 551, 553, 555, 557, 559, 561, 563, 565, 567, 569, 571, 573, 575, 577, 579, 581, 583, 585, 587, 589, 591, 593, 595, 597, 599, 601, 603, 605, 607, 609, 611, 613, 615, 617, 619, 621, 623, 625, 627, 629, 631, 633, 635, 637, 639, 641, 643, 645, 647, 649, 651, 653, 655, 657, 659, 661, 663, 665, 667, 669, 671, 673, 675, 677, 679, 681, 683, 685, 687, 689, 691, 693, 695, 697, 699, 701, 703, 705, 707, 709, 711, 713, 715, 717, 719, 721, 723, 725, 727, 729, 731, 733, 735, 737, 739, 741, 743, 745, 747, 749, 751, 753, 755, 757, 759, 761, 763, 765, 767, 769, 771, 773, 775, 777, 779, 781, 783, 785, 787, 789, 791, 793, 795, 797, 799, 801, 803, 805, 807, 809, 811, 813, 815, 817, 819, 821, 823, 825, 827, 829, 831, 833, 835, 837, 839, 841, 843, 845, 847, 849, 851, 853, 855, 857, 859, 861, 863, 865, 867, 869, 871, 873, 875, 877, 879, 881, 883, 885, 887, 889, 891, 893, 895, 897, 899, 901, 903, 905, 907, 909, 911, 913, 915, 917, 919, 921, 923, 925, 927, 929, 931, 933, 935, 937, 939, 941, 943, 945, 947, 949, 951, 953, 955, 957, 959, 961, 963, 965, 967, 969, 971, 973, 975, 977, 979, 981, 983, 985, 987, 989, 991, 993, 995, 997, 999, 1001, 1003, 1005, 1007, 1009, 1011, 1013, 1015, 1017, 1019, 1021, 1023, 1025, 1027, 1029, 1031, 1033, 1035, 1037, 1039, 1041, 1043, 1045, 1047, 1049, 1051, 1053, 1055, 1057, 1059, 1061, 1063, 1065, 1067, 1069, 1071, 1073, 1075, 1077, 1079, 1081, 1083, 1085, 1087, 1089, 1091, 1093, 1095, 1097, 1099, 1101, 1103, 1105, 1107, 1109, 1111, 1113, 1115, 1117, 1119, 1121, 1123, 1125, 1127, 1129, 1131, 1133, 1135, 1137, 1139, 1141, 1143, 1145, 1147, 1149, 1151, 1153, 1155, 1157, 1159, 1161, 1163, 1165, 1167, 1169, 1171, 1173, 1175, 1177, 1179, 1181, 1183, 1185, 1187, 1189, 1191, 1193, 1195, 1197, 1199, 1201, 1203, 1205, 1207, 1209, 1211, 1213, 1215, 1217, 1219, 1221, 1223, 1225, 1227, 1229, 1231, 1233, 1235, 1237, 1239, 1241, 1243, 1245, 1247, 1249, 1251, 1253, 1255, 1257, 1259, 1261, 1263, 1265, 1267, 1269, 1271, 1273, 1275, 1277, 1279, 1281, 1283, 1285, 1287, 1289, 1291, 1293, 1295, 1297, 1299, 1301, 1303, 1305, 1307, 1309, 1311, 1313, 1315, 1317, 1319, 1321, 1323, 1325, 1327, 1329, 1331, 1333, 1335, 1337, 1339, 1341, 1343, 1345, 1347, 1349, 1351, 1353, 1355, 1357, 1359, 1361, 1363, 1365, 1367, 1369, 1371, 1373, 1375, 1377, 1379, 1381, 1383, 1385, 1387, 1389, 1391, 1393, 1395, 1397, 1399, 1401, 1403, 1405, 1407, 1409, 1411, 1413, 1415, 1417, 1419, 1421, 1423, 1425, 1427, 1429, 1431, 1433, 1435, 1437, 1439, 1441, 1443, 1445, 1447, 1449, 1451, 1453, 1455, 1457, 1459, 1461, 1463, 1465, 1467, 1469, 1471, 1473, 1475, 1477, 1479, 1481, 1483, 1485, 1487, 1489, 1491, 1493, 1495, 1497, 1499, 1501, 1503, 1505, 1507, 1509, 1511, 1513, 1515, 1517, 1519, 1521, 1523, 1525, 1527, 1529, 1531, 1533, 1535, 1537, 1539, 1541, 1543, 1545, 1547, 1549, 1551, 1553, 1555, 1557, 1559, 1561, 1563, 1565, 1567, 1569, 1571, 1573, 1575, 1577, 1579, 1581, 1583, 1585, 1587, 1589, 1591, 1593, 1595, 1597, 1599, 1601, 1603, 1605, 1607, 1609, 1611, 1613, 1615, 1617, 1619, 1621, 1623, 1625, 1627, 1629, 1631, 1633, 1635, 1637, 1639, 1641, 1643, 1645, 1647, 1649, 1651, 1653, 1655, 1657, 1659, 1661, 1663, 1665, 1667, 1669, 1671, 1673, 1675, 1677, 1679, 1681, 1683, 1685, 1687, 1689, 1691, 1693, 1695, 1697, 1699, 1701, 1703, 1705, 1707, 1709, 1711, 1713, 1715, 1717, 1719, 1721, 1723, 1725, 1727, 1729, 1731, 1733, 1735, 1737, 1739, 1741, 1743, 1745, 1747, 1749, 1751, 1753, 1755, 1757, 1759, 1761, 1763, 1765, 1767, 1769, 1771, 1773, 1775, 1777, 1779, 1781, 1783, 1785, 1787, 1789, 1791, 1793, 1795, 1797, 1799, 1801, 1803, 1805, 1807, 1809, 1811, 1813, 1815, 1817, 1819, 1821, 1823, 1825, 1827, 1829, 1831, 1833, 1835, 1837, 1839, 1841, 1843, 1845, 1847, 1849, 1851, 1853, 1855, 1857, 1859, 1861, 1863, 1865, 1867, 1869, 1871, 1873, 1875, 1877, 1879, 1881, 1883, 1885, 1887, 1889, 1891, 1893, 1895, 1897, 1899, 1901, 1903, 1905, 1907, 1909, 1911, 1913, 1915, 1917, 1919, 1921, 1923, 1925, 1927, 1929, 1931, 1933, 1935, 1937, 1939, 1941, 1943, 1945, 1947, 1949, 1951, 1953, 1955, 1957, 1959, 1961, 1963, 1965, 1967, 1969, 1971, 1973, 1975, 1977, 1979, 1981, 1983, 1985, 1987, 1989, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021, 2023, 2025, 2027, 2029, 2031, 2033, 2035, 2037, 2039, 2041, 2043, 2045, 2047, 2049, 2051, 2053, 2055, 2057, 2059, 2061, 2063, 2065, 2067, 2069, 2071, 2073, 2075, 2077, 2079, 2081, 2083, 2085, 2087, 2089, 2091, 2093, 2095, 2097, 2099, 2101, 2103, 2105, 2107, 2109, 2111, 2113, 2115, 2117, 2119, 2121, 2123, 2125, 2127, 2129, 2131, 2133, 2135, 2137, 2139, 2141, 2143, 2145, 2147, 2149, 2151, 2153, 2155, 2157, 2159, 2161, 2163, 2165, 2167, 2169, 2171, 2173, 2175, 2177, 2179, 2181, 2183, 2185, 2187, 2189, 2191, 2193, 2195, 2197, 2199, 2201, 2203, 2205, 2207, 2209, 2211, 2213, 2215, 2217, 2219, 2221, 2223, 2225, 2227, 2229, 2231, 2233, 2235, 2237, 2239, 2241, 2243, 2245, 2247, 2249, 2251, 2253, 2255, 2257, 2259, 2261, 2263, 2265, 2267, 2269, 2271, 2273, 2275, 2277, 2279, 2281, 2283, 2285, 2287, 2289, 2291, 2293, 2295, 2297, 2299, 2301, 2303, 2305, 2307, 2309, 2311, 2313, 2315, 2317, 2319, 2321, 2323, 2325, 2327, 2329, 2331, 2333, 2335, 2337, 2339, 2341, 2343, 2345, 2347, 2349, 2351, 2353, 2355, 2357, 2359, 2361, 2363, 2365, 2367, 2369, 2371, 2373, 2375, 2377, 2379, 2381, 2383, 2385, 2387, 2389, 2391, 2393, 2395, 2397, 2399, 2401, 2403, 2405, 2407, 2409, 2411, 2413, 2415, 2417, 2419, 2421, 2423, 2425, 2427, 2429, 2431, 2433, 2435, 2437, 2439, 2441, 2443, 2445, 2447, 2449, 2451, 2453, 2455, 2457, 2459, 2461, 2463, 2465, 2467, 2469, 2471, 2473, 2475, 2477, 2479, 2481, 2483, 2485, 2487, 2489, 2491, 2493, 2495, 2497, 2499, 2501, 2503, 2505, 2507, 2509, 2511, 2513, 2515, 2517, 2519, 2521, 2523, 2525, 2527, 2529, 2531, 2533, 2535, 2537, 2539, 2541, 2543, 2545, 2547, 2549, 2551, 2553, 2555, 2557, 2559, 2561, 2563, 2565, 2567, 2569, 2571, 2573, 2575, 2577, 2579, 2581, 2583, 2585, 2587, 2589, 2591, 2593, 2595, 2597, 2599, 2601, 2603, 2605, 2607, 2609, 2611, 2613, 2615, 2617, 2619, 2621, 2623, 2625, 2627, 2629, 2631, 2633, 2635, 2637, 2639, 2641, 2643, 2645, 2647, 2649, 2651, 2653, 2655, 2657, 2659, 2661, 2663, 2665, 2667, 2669, 2671, 2673, 2675, 2677, 2679, 2681, 2683, 2685, 2687, 2689, 2691, 2693, 2695, 2697, 2699, 2701, 2703, 2705, 2707, 2709, 2711, 2713, 2715, 2717, 2719, 2721, 2723, 2725, 2727, 2729, 2731, 2733, 2735, 2737, 2739, 2741, 2743, 2745, 2747, 2749, 2751, 2753, 2755, 2757, 2759, 2761, 2763, 2765, 2767, 2769, 2771, 2773, 2775, 2777, 2779, 2781, 2783, 2785, 2787, 2789, 2791, 2793, 2795, 2797, 2799, 2801, 2803, 2805, 2807, 2809, 2811, 2813, 2815, 2817, 2819, 2821, 2823, 2825, 2827, 2829, 2831, 2833, 2835, 2837, 2839, 2841, 2843, 2845, 2847, 2849, 2851, 2853, 2855, 2857, 2859, 2861, 2863, 2865, 2867, 2869, 2871, 2873, 2875, 2877, 2879, 2881, 2883, 2885, 2887, 2889, 2891, 2893, 2895, 2897, 2899, 2901, 2903, 2905, 2907, 2909, 2911, 2913, 2915, 2917, 2919, 2921, 2923, 2925, 2927, 2929, 2931, 2933, 2935, 2937, 2939, 2941, 2943, 2945, 2947, 2949, 2951, 2953, 2955, 2957, 2959, 2961, 2963, 2965, 2967, 2969, 2971, 2973, 2975, 2977, 2979, 2981, 2983, 2985, 2987, 2989, 2991, 2993, 2995, 2997, 2999, 3001, 3003, 3005, 3007, 3009, 3011, 3013, 3015, 3017, 3019, 3021, 3023, 3025, 3027, 3029, 3031, 3033, 3035, 3037, 3039, 3041, 3043, 3045, 3047, 3049, 3051, 3053, 3055, 3057, 3059, 3061, 3063, 3065, 3067, 3069, 3071, 3073, 3075, 3077, 3079, 3081, 3083, 3085, 3087, 3089, 3091, 3093, 3095, 3097, 3099, 3101, 3103, 3105, 3107, 3109, 3111, 3113, 3115, 3117, 3119, 3121, 3123, 3125, 3127, 3129, 3131, 3133, 3135, 3137, 3139, 3141, 3143, 3145, 3147, 3149, 3151, 3153, 3155, 3157, 3159, 3161, 3163, 3165, 3167, 3169, 3171, 3173, 3175, 3177, 3179, 3181, 3183, 3185, 3187, 3189, 3191, 3193, 3195, 3197, 3199, 3201, 3203, 3205, 3207, 3209, 3211, 3213, 3215, 3217, 3219, 3221, 3223, 3225, 3227, 3229, 3231, 3233, 3235, 3237, 3239, 3241, 3243, 3245, 3247, 3249, 3251, 3253, 3255, 3257, 3259, 3261, 3263, 3265, 3267, 3269, 3271, 3273, 3275, 3277, 3279, 3281, 3283, 3285, 3287, 3289, 3291, 3293, 3295, 3297, 3299, 3301, 3303, 3305, 3307, 3309, 3311, 3313, 3315, 3317, 3319, 3321, 3323, 3325, 3327, 3329, 3331, 3333, 3335, 3337, 3339, 3341, 3343, 3345, 3347, 3349, 3351, 3353, 3355, 3357, 3359, 3361, 3363, 3365, 3367, 3369, 3371, 3373, 3375, 3377, 3379, 3381, 3383, 3385, 3387, 3389, 3391, 3393, 3395, 3397, 3399, 3401, 3403, 3405, 3407, 3409, 3411, 3413, 3415, 3417, 3419, 3421, 3423, 3425, 3427, 3429, 3431, 3433, 3435, 3437, 3439, 3441, 3443, 3445, 3447, 3449, 3451, 3453, 3455, 3457, 3459, 3461, 3463, 3465, 3467, 3469, 3471, 3473, 3475, 3477, 3479, 3481, 3483, 3485, 3487, 3489, 3491, 3493, 3495, 3497, 3499, 3501, 3503, 3505, 3507, 3509, 3511, 3513, 3515, 3517, 3519, 3521, 3523, 3525, 3527, 3529, 3531, 3533, 3535, 3537, 3539, 3541, 3543, 3545, 3547, 3549, 35								



CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0915

Hospital: McLennan County Hospital

Médico: DR. FABIO

Data da Cirurgia: 11/10/19 Procedimento: Ressecção da Tonsila

Prontuário: 2012130 Convênio: _____

Instrumentadora(O): Tatiane Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
06	PESSAS 1/3 7 mm	3.5
06	PARA-FUSOS CORTILAI	3.5
	14	
02	PARA-FUSOS G5 Par 30	3.8
	45 50	
01	APPLICA	

Recife, 11 de 19 de 20 19

Circulante

Médico Responsável



Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

Número do Atendimento: 2013011 Clin: CENTRO CIRÚRGICO / Enf: URPA / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO**Diagnóstico Pós-Operatório: 040808050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO**

Cirurgia: Data da Cirurgia: 11/10/2019

Equipe:

Cirurgião: DR. FABIO CRISPIM

Aux 1: DR. JOAO PAULO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR. MARCILIO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO
- GARROTEAMENTO DO MIE
- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 DE CANO + 06 PARAFUSOS CORTICais COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- REDUÇÃO + FIXAÇÃO DO MALEOLO MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
- SUTURA + CURATIVO
- RETIRADA DO GARROTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB - 23.113 / CRM-PB - 9551
TEDT: 16.173

MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 69 - PRES MEDICI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AD: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Clt/5loc: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 794 - 840 Referência: Nov/2019
Medidor: 00008071229 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Astori, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ:08.825.596/0001-95 Inc. Est: 16.003.839-1
Nota Fiscal/Carta de Energia: EN005 189.216
Ctd. para Dtb. Automática: 00003420891

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	044.462.824-78 Inc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/242089-1

Canal de contato

Conheça a Gisa, nossa atendente virtual do WhatsApp! Ela pode te ajudar com informações sobre débitos, emitir a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de Relação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar: (83) 99135-5540.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifa/cf. Vlr. Base Calc. Alq. Icmf(R\$) Base Calc. Pts(R\$) Cofns(R\$)				
0801 Consumo em kWh	81.000 0,738180	59,83	59,83 25	14,91 59,83 0,85 2,97
0801 Adic. B. Amarela		0,42	0,42 25	0,10 0,42 0,00 0,02
0801 Adic. B. Vermelha		3,58	3,58 25	0,89 3,58 0,04 0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUÍM PÚBLICA		7,90	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2019		0,55	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2019		1,43	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 73,51 63,83 15,90 63,83 0,89 3,17
Tarifa/s/ Tributos: 0,507380

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
80 29/11/2019 R\$ 73,51

Histórico de Consumo (kWh)
76 | 78 | 83 | 81 | 81 | 82 | 108 | 81 | 85 | 107 | 80 | 80 | 76
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19

RESERVADO AO RISCO

085d.5c77.2c2f.6723.68f4.301f.dac1.f994.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

Limites da ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,71	220
FIC MENSAL	3,33	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,60	CONTRATADA 202
FIC ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR 231
DMC	5,20	0,00
DRH	12,52	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia 80	13,06	17,78
Compra de Energia	25,12	34,17
Serviço de Transmissão	2,76	3,75
Encargos Sistêmicos	2,94	4,00
Impostos Diretos e Encargos	26,54	40,32
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	73,51	100,00

Valor da EU60 (Ref. 9/2019) R\$ 22,46

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES*, já reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso

Out/19 64,50

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.000009 03149.036000 00793.199175 1 808800000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ 044.462.824-75
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 69 - PRES MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Paga
31490360000793199 000242089201911 29/11/2019 R\$ 73,51

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.825.596/0001-95
Av. Dep. Raimundo Astori, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5

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)
 Capital e regiões metropolitanas: 0800 1526 / 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 Ouv doria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TLM POR FINALIDADES DISCIPLINARAS, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, INCLUIR, EXAMINAR E TUTELAR AS OCUPIÇÕES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Guldner

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.099.951 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (i) do Beneficiário

Amarsi Januaria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amarsi Januaria da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Doutor Paula Roberto Maia</u>	Número:	<u>69</u>	Complemento:	<u>Cara</u>
Bairro:	<u>Presidente Médice</u>	Cidade:	<u>Campina Grande</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>Rodrigo27091991@gmail.com</u>	CEP:	<u>58.917.680</u>	Tel.(DDD):	<u>83 98783-7307</u>

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Guldner

Assinatura do Declarante

LEDA AMRIA DE LIMA QUEROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 111 A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58111-265/26-4021

LEDA AMRIA DE LIMA QUEIROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 119 A - STA CRUZ
CAMPOS GRANDE / PR CEP: 84330-000

Ligações: MONOFÁSICO
Claro/Br: FIBRA ÓPTICA RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rua: 14-401 - 756-3280 Referência: 36 - 2019
Meiajá: W10000735387 Entrega: 23/08/2019

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	23/09/2019	23/10/2019	373.815.204-00

UC (Unidade Consumidora): 4/79191-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leritura	Data	Leritura						
12/08/19	7228	23/08/19	7304		1		26		32
DEMONSTRATIVO									
CD	Descrição	Qtd. (kWh)	11.030	Var. Bas. Cac.	Alt.	Luz/M2	Bas. Cac.	Força	Consumo
				Tr. auto. (kWh)	ICMS (R\$)	ICMS		Força (kWh)	(kWh/mês) (0,075%)
0001	Consumo em kWh	36.801	8.712870	26,63	25,83	25	8,41	25,83	0,17
0001	Adm. E. Vermelha			2,02	2,02	25	0,59	2,02	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUÍZES DE MORA 09/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA-58/2019			0,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	BBH SEGURO FÁCIL-ACE 03/2019			1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 36,73 27,89 6,91 27,85 0,19 0,36

Media Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22	30/09/2019	R\$ 33.73

Histórico de Consumo (kWh)											
33	37	35	35	39	40	40	42	37	34	33	31
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC MENSAL	5,52	0,00	IC MENSAL
IC TRIMESTRAL	11,11		IC TRIMESTRAL
IC ANUAL	22,21		IC ANUAL
IC MENSAL	3,30	0,00	IC MENSAL
IC TRIMESTRAL	6,60		IC TRIMESTRAL
IC ANUAL	13,20		IC ANUAL
MSIC	3,20	0,00	MSIC
ISIC	12,22		ISIC

Composição do Consumo		
Descrições	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. de Energia/EGO	5,98	17,44
Companhia de Energia	1,45	4,86
Companhia de Transmissão	1,55	5,21
Impostos	0,43	1,49
Impostos Diretos e Encargos (outros serviços)	0,65	2,27
Total	33,73	100,00

第10章 项目管理

ATENÇÃO

ATENÇÃO
Contrato Serviço: BEM-SEGUR-FAZ-1-0-
- O cancelamento de cobertura do convênio e a emissão da Fatura sem estes laudos
afetará sua validade e a cobertura permanecerá inexistente.

Features you'll love

podem ser produzidas a qualquer momento no futuro.

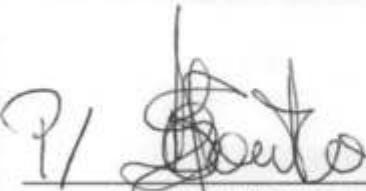


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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: 11/10/2019	HORA: 12:57 HRS	ID Nº: 110071
NOME: AMAURI JANUARIO DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV: JUCELINO KUBITSCHEK - VELAME		
COMPLEMENTO: EM FRENTE A RICARDO BICICLETA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 13 de novembro de 2019.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
081.929.504-33 Amuri Januaria da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 081.929.504-33
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Reperitóris 3erduna sber albuquerque 191A Casa
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-255
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98667-5227

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
Rodrigo de Lima Guedes

18 - CPF do Representante Legal:
064.099.954-90

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0091 01 CONTA: 00539072 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Campina Grande 06/12/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Amuri Januaria da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

NAO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

7^a DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB

Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira – Campina Grande.
Fone: 3322 9568 - CEP 58.100970



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: Às 12:00, do dia 11 de outubro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:36, do dia 13 de novembro de 2019.

Local do Ocorrido: AV. JUSCELINO KUBISTCHECK, VELAME, NESTA.

COMUNICANTE/VÍTIMA: AMAURI JANUÁRIO DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 05/10/1987, com 32 anos de idade, ID: 3366769 SSP-PB, REPOSITOR, filho de ARIOSVALDO JANUÁRIO DA SILVA e de LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 197-A, bairro SANTA CRUZ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular N° 83 9.8667-5227

TESTEMUNHAS: ALVARO CORDEIRO VIEIRA, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

HISTÓRICO: INFORMA QUE, NO DIA 11/10/2019, POR VOLTA DAS 12H, ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, COR CINZA, ANO 2007/2008, PLACA MNY7377/PB, CHASSI 9C2KC08108R009604, EM NOME DE SEU IRMÃO RAFAEL JANUÁRIO DA SILVA, NA AVENIDA JUSCELINO KUBISTCHECK, EM FRENTE À LOJA RICARDO BICICLETAS, OCASIÃO EM QUE O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NA AREIA EXISTENTE SOBRE O ASFALTO, LHE OCASIONANDO UMA QUEDA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO TORNOZELO.

AUTORIDADE

KARINE DE LIMA VASCONCELOS

COMUNICANTE

AMAURI JANUÁRIO DA SILVA

ESCRIVÃ

SIMONE RODRIGUES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 081.929.504-33 4 - Nome completo da vítima: *Amáuri Januário da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

 5 - Nome completo: *Amáuri Januário da Silva* 6 - CPF: 081.929.504-33
 7 - Profissão: *Repositor* 8 - Endereço: *310 Rua 12 de Outubro* 9 - Número: 191A 10 - Complemento: *Casa*
 11 - Bairro: *Santa Cruz* 12 - Cidade: *Campina Grande* 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.417-255
 15 - E-mail: *83986675227*

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

 17 - Nome completo do Representante Legal: *Rodrigo de Lima Guedes* 18 - CPF do Representante Legal: 064.099.954-90 19 - Profissão do Representante Legal: *metaboy*

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (herinascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Campina Grande 06/12/2019*

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Amáuri Januário da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



CAIXA

POUPANÇA



4392 6719 1413 5070

AMAURO J. DA SILVA

0041 013 00539072-4

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051204/20

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

CPF: 081.929.504-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RODRIGO DE LIMA GUEDES : 064.099.954-90

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

AMauri JANUARIO DA SILVA : 081.929.504-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: RODRIGO DE LIMA GUEDES
CPF: 064.099.954-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

RODRIGO DE LIMA GUEDES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

PROCURAÇÃO

OUTORANTE: Amarsi Issacius da Silva brasileiro(a)
estado civil Solteira, inscrito no CPF de nº 281.929.504-33, e
no RG de nº 3366769, residente e Domiciliado a
Rua: Servino Alves Albuquerque, nº 79, Bairro
Santa Cruz, na cidade de C. Grande /estado
Pará, CEP 58.417-255.

OUTORGADO: Rodrigo de Lima Guedes brasileiro(a),
estado civil Casado, inscrito no CPF de nº 064/099/954/90 e
no RG de nº 3172792, SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paulo Roberto Mair, nº 69, Bairro
Presidente Vargas, na cidade de C. Grande / estado
Paraíba, CEP 58900000.

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: Janice Lidez, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Assunzi Januaria da Silva ocorrido em 77/70/72, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

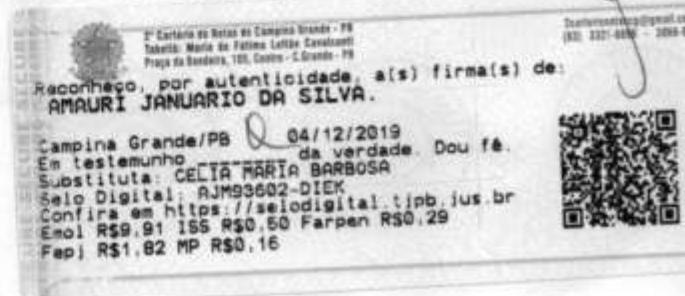
Campina grande/PB,em 04 de Dezembro de 2019

2º CARTÓRIO
GRANDE-PR

Amuri Jannice da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



ella Morelli