

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

Valoração 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.

CAMPINA GRANDE 31 DE JANEIRO DE 2020.

Especialidades

- Ortopedia • Cirurgia de Mão e Microcirurgia • Nutricionista • Reumatologista • Neurocirurgião
- Neurologia • Psicologia • Fisioterapia Neuro-motora • Fisioterapia Pélvica • Quiropraxia • Acupuntura
- Radiografias • Eletro-neuromiografia

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



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

Sexo:M

Telefone: 87616060

Endereço:R JOSE PALHANO

Idade:032

Bairro:CRUZEIRO

Cidade: Campina Grande

RG: 3366769

Nº:2

Nome da Mãe: LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ

CPF: 08192950433

Profissão:AUXILIAR DE SERVICOS GERA

Responsável: RAFAEL JANUARIO

Data de

Atend:11/10/2019

CNS:08192950433

Estado Civil:Solteiro(a)

Hora: 13:35:36

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

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. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empelamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS:

Paciente melata queda de motocicleta há 4h. Fazia uso de capacete. Nega uso de álcool. Relata dor em MIB. Nega náuseas, vômitos ou perda da consciência.

① VA péssima e sem curvatura ② MVP em AHT, S1 RA.

③ TEC 135, pulsos ④ Abdome indolor, sem sinais de peritonite

⑤ Fratura em MIB.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 130x80mmHg TGT: PC = 65 bpm SatO2 97%

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

(X) 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 agora	
2	Trilatil 40mg + AD EV agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairo Fonseca
CRM-PB 10021 / CBO-PC 1377

RAIO
REALIZADO EM:
11/10/19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

11/10/2019
 Dr. Carlos
 Ulysses
 07:00
 11/10/2019
 11/10/2019

Dr. J. J. J. J.
 Cirurgião Geral
 2304-08 1007 / CRM-PE 23071

Paciente com lesão torácica - abscissas mínimas
 A: Alta da cirurgia geral
 Atividade da ortopedia

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A reavaliação
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maí. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/10/2019
Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA Idade: 032 Nº 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

SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Gusmão Uchôa
COREN-PB 545133-ENF

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

 SUS	Sistema 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 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 AMAURI JANUARIO DA SILVA		
7 - CARTÃO DO SUS 898004830047633		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/10/1987
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ		6 - N° DO PRONTUÁRIO 2013011
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) R JOSE PALHANO, 2, CRUZEIRO		9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 87616060
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 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 DA INTERNAÇÃO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 704304514628896
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/10/2019
31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		
36 - CNPJ DA SEGURADORA		
37 - N° DO ROLHETE		
38 - SÉRIE		
39 - CNPJ EMPRESA		
40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - CIDR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Januario da Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS: Trauma em perna (D), dedo, (E)

1377

RAIO X
REALIZADO EM:
11/10/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: Rx de perna (D), AP e Perfil.
(E)

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Fonseca
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 10312 / CRM-PE 23727
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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:

fx Eposta 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:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. M. C. L. 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 CIRURGICO 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 Câmara
Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 15.987



Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

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

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

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 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	19/22 06
5	DIPIRONA SÓDICA 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 SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	02
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	S/N

EVOLUÇÃO 9. 1000 2000 3000

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.

ASSINATURA – CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PE 9907

13/10/19

3/19
Altra Hojnitzher d' orientat de refens
Ambulatori + ASB + Aina.

Dr. Kury Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-07 10.507



ESTADO DA PARAIBA
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: CLINICA 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 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 50,5 %
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)
Neutrófilos		
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
Monócitos.....	3,0	411
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
 CREM 5411

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



24

NOME**PRONTUÁRIO:**

AMAUARI JARDUARIS

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:RX DO TORN. 23 LD BSGUBRW
AP + perf**MATERIAL A EXAMINAR:****EXAME SOLICITADO:****URGÊNCIA:**☐**ROTINA:**☐**DATA:****HORA DA SOLICITAÇÃO:**Dr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.113 / CRM-PB - 9561
TEOT: 16.173**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO**

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Amara Jaramelo da Silva		Idade:	
Convênio:	SUS		Data:	
Procedimento:	Aut. cirurgia fratura exposta de tornozelo (E)			
Cirurgião:	Dr. Fabio Cispim	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Marcelo
Início:	16:00	Término:	17:30	Anestesia
				Raquel

[illegible][illegible][illegible]



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

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

Assinatura do anestesista

PACIENTE:					
Amauri yamunorio da Silva Du - 05-10-87					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
-	Salva 04.	SUS	32 anos	2012830	
CIRURGIA Tratamento cirurgico fratura exposta de Tornozelo esquerdo			CIRURGIÃO Dr. Fabiano Crispim		
ANESTESIA Raque			ANESTESIA An. máxiilio		
INSTRUMENTADORA Thiago		DATA 11/10/19	INICIO 16:00	FIM 17:30	
Qtđ.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtđ.	FIOS
	Adrenalina amp.	05	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
01	Ravulon amp.	Dimay 0-2	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	.05	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak
01	Protoxido l/m	hipovaxamp	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	04	Mononylon 2-0 ----
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtđ.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
	Agua Destilada amp.	05	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
01	Decadron amp.	05	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0		Vicryl Serfix
02	Flaxidol amp.	efazolina 04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
01	Glicose amp.	cetaprofeno	Oxigenio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
01	Haemace ml	nausedron	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtđ.	SOROS
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico	05	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.	12	Sonda foiley	Qtđ.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática	01 plano 07 furos	
			Sonda Uretral nº	por 06 costuras	
			Sterydrem ml	01 guela	
			Torneirinha	02 parafusos esponjosos	
Qtđ.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Aguilha desc. 20 x 12		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque nº 23	05 eletrólitos			
02	Alcool de Enfermagem 70%	05 algodões orto pedico			
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 30 em				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxiciópiógrafo
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Amadori Junior da Silva</i>				IDADE <i>32 A</i>	SEXO <i>m</i>	COR <i>br</i>	
DATA <i>11/10/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONquite		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Tornozelo esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO			
						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO			
						<i>Propofol 20</i>			
						<i>Sufentanil 20</i>			
						<i>Pelotidina 100mg</i>			
						<i>Ondansetron 4mg</i>			
						<i>Sevoflurano 100</i>			
CÓDIGOS:									
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO									
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO									
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
						Não, por quê? _____			
						DESPERTAR			
						Reflexos na SO: _____			
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula: _____			
						Paro o Leito Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES:			
POSICÃO									
AGENTES									
TÉCNICA						CÂNULAS			
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

Médico Responsável



Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

Número do Atendimento: 2013011 Clín: CENTRO CIRURGICO / Ené: URPA / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico 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 Lima

Dr. Fabio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE - 23513 / CRM-PB - 9561
TED: 36.173

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015100255556
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0093201240-0 00/00000000 2019

NOME
RAFAEL JANUARIO DA SILVA

CPF / CNPJ
11598870475

PLACA
MNY7377/PB

PLACA ANT. UF
NOVO PB 9C2KC08108R009604

ESPÉCIE DEB
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB
2007

ANO MOD
2008

CAP / POT / CIL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
00/00/0000

VENÇ / COTAS
1º

IPVA

PARCELAMENTO / COTAS
0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 06/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL
CAMPINA GRANDE - PB

DATA
06/09/2019

32875



32468

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 1 11598870475

PLACA
MNY7377/PB

RENAVAM
00932012400

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB
2007

CR. DEF.
9

Nº CHASSI
9C2KC08108R009604

PRÊMIO TARIFÁRIO

150 (R\$)

DPVATIAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO
COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO
06/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

32468-1511291-20190906

PROIBIDO PLASTIFICAR

1494494679

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1494494679



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
E AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME
ROBERTO DE LIMA GOMES

DOC. IDENTIFIC. / QUAL. EMISSÃO Nº 3172792 0508 798

CPF 054.099.954-90 DATA NASCIMENTO 27/09/1984

RAÇA

MARIA DO SOCORRO DE
LIMA GOMES

PROBANDO

NC

CA/PA

VALIDADE

29/08/2022

1ª EMISSÃO

20/05/2014



Nº REGISTRO
04074785954

Observações



Assinatura do titular
Assinatura do portador

LOCAL
CARPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Chubby

050956488259
PB03461970

PARAIBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE PERNAMBUCO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838490803



1838490803

Nome
MAYLBI JANDATO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. - CRL. EMISS. Nº
3366769

SEXO
FMS

CPF
081.929.504-33

DATA NASCIMENTO
05/10/1987

RAÇA
BRANCA

ALGOSVALDO JANDATO DA
SILVA
LEDA MARIA DE LIMA
OCEIRO

PROFISSÃO
[]

RG
237

DATA EMISSÃO
24/07/2024

VALIDADEZ
10/02/2015



Assinado eletronicamente da Silva

Assinado eletronicamente da Silva

LOCAL
CAMBÉLIA GRANDE, PE

Data Emissão
25/07/2019

ASSINATURA DO TITULAR
0434665406
PB039379078

PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838490803

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 022 81 89 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Gualder

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

Amauri Januário da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amauri Januário 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua: Doutor Paulo Roberto Maia</u>	<u>69</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Presidente Médice</u>	<u>Campina Grande</u>	<u>PB</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
<u>RODRIGO2709Lima@gmail.com</u>	<u>58.417.680</u>	<u>83 98783-7307</u>

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Gualder

Assinatura do Declarante

MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 89 - PRES MEDICI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AO: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Cta/Soc: RES MTC 811 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 794 - 840 Referência: Nov/2019
Medidor: 00008071228 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Ramundo Asfora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.809-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 005.189.216
Cód. para Deb. Automático: 0000242089-1

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	044.462.824-75 Insc. 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,
enviar 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 23/10/19	Leitura 4987	Data 22/11/19	Leitura 5084	
				30
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/c	Valor Base Calc. Aliq. ICMS(R\$) Base Calc. Pro(R\$) Consumo(R\$)
				Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pro/Consumo(R\$) (1,045%) (R\$ 0,005%)
0601	Consumo em kWh	81,000	0,738180	59,83 59,83 25 14,91 59,83 0,65 2,97
0601	Adic. B. Amarela			0,42 0,42 25 0,10 0,42 0,00 0,02
0601	Adic. B. Vermelha			3,58 3,58 25 0,89 3,58 0,04 0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			7,90 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 08/2019			0,55 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0605	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 15,60 63,83 0,69 3,17
	Tarifa s/ Tributos			0,507380

Parcela últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	29/11/2019	R\$ 73,51

Histórico de Consumo (kWh)

76	78	83	81	92	108	81	85	107	90	90	76
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,55	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,71		
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,30	0,00	
DCRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia S/A	13,26	17,98
Compra de Energia	26,12	34,17
Serviço de Transmissão	2,76	3,75
Encargos Setoriais	2,94	4,00
Impostos Diretos e Encargos	29,94	40,32
Outros Serviços	0,30	0,00
Total	73,51	100,00

Valor de EUSD (Ref. 9/2019) R\$ 22,46

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS 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

00190.00009 03149.036000 00793.199175 1 80880000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ 044.462.824-75
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 89 - PRES MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

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

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.826.596/0001-95
Av. Dep. Ramundo Asfora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

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

LEDA AMRIS DE LIMA QUEIROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 119 A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE / PE CEP: 56117-205 (AC-401)

Ligação: M3V0F4S C3
ClasSec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 700 - 9200 Referência: Ser.: 2019
Medidor: W1000735387 Emissão: 23/09/2019



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4700 - BR200 - KM 196 - Telysinda
Campina Grande / PB - CEP 56425-700
CNPJ: 08.926.596/0001-95. Ins. Est. 16.000.029-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.710.187
Cód. para Sit. Automático: 00000701912

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	373.915.204-00

UC (Unidade Consumidora): 4/70191-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/09/19	Leitura T229	Data 23/09/19	Leitura T304	1

Demonstrativo		Valor Base Calc. Adq.		Linha (R\$)		Valor Calc. Pto (R\$)		Cofins (R\$)	
CCI	Descrição	Qtd e Unid.	12.010	Valor Base Calc. Adq.	Linha (R\$)	Valor Calc. Pto (R\$)	Cofins (R\$)	Qtd e Unid.	12.010
0001	Consumo em kWh	36,833	0,112070	26,83	25,83	25	8,41	25,83	0,19
0001	Ass. B. Vermelho	2,02	2,02	25	6,90	2,02	0,31	0,06	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JURIS DE MORR. 09/2019	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA 09/2019	1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0002	BEM SEGURO FACIL - ACE 03/2019	1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Consolidação do Item	TOTAL	36,33	27,89	6,91	27,85	0,19	0,36
Tarifa de Tributos	0,50/7330						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28	30/09/2019	R\$ 33,73

Histórico de Consumo (kWh)

33	37	35	30	39	40	40	42	37	34	33	31
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVAÇÃO AO RSCD

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC Mensal	5,5%	0,00	NOMINAL 220
IC Trimestral	11,1%		
IC Anual	22,2%		
IC Mensal	9,3%	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 100
IC Trimestral	18,6%		
IC Anual	27,9%		
INAC	9,3%	0,00	LIMITE SUPERIOR 130
ICFI	12,2%		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BO	5,99	17,44
Compra de Energia	11,36	33,38
Serviço de Transmissão	1,25	3,71
Encargos Setoriais	1,32	3,91
Impostos Diretos e Encargos	8,43	24,89
Outros Serviços	5,59	16,57
Total	33,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2019) R\$ 5,24

ATENÇÃO

Contato Serviço: BEM SEGURO FACIL - ACE - (011) 3000-0000
- O cancelamento de cobrança do consumo e o envio da fatura sem essas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuição.

Faturas em atraso



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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 KUBITSCHKE - VELAME				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A RICARDO BICICLETA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia 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
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª 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 Nº 83 9.8667-5227

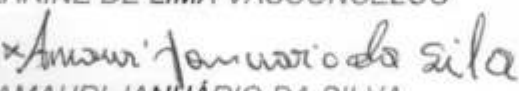
TESTEMUNHAS: **ALVARO CORDEIRO VIEIRA**, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. **VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS**, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

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:

081.929.504-33 Amauri Januário 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amauri Januário da Silva 081.929.504-33 Reparador Rua Sber Albuquerque 1914 Casa Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-255 83.986.675227

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

Rodrigo de Lima Guedes 064.099.954-90 Matosray

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: 0047 03 CONTA: 00539072 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

081.929.504-33

Amauri Januário 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amauri Januário da Silva

081.929.504-33

Repositor

Rodrigues Alves Albuquerque

1914

Casa

Santa Cruz

Campina Grande

PB

58.417-755

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:

Rodrigo de Lima Guedes

064.099.954-90

Meistray

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0047

03

CONTA:

00539072

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Amauri Januário da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



4392 6719 1413 5070

AMAURI J DA SILVA

0041 013 00539072-4 10/24



Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

Electron

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 Januario 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: Sereno Alves Albuquerque, 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 3772792 SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paulo Roberto Maia, nº 69, Bairro
Presidente Medice, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-000.

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: Invalidez, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Amauri Januario da Silva ocorrido em 11/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

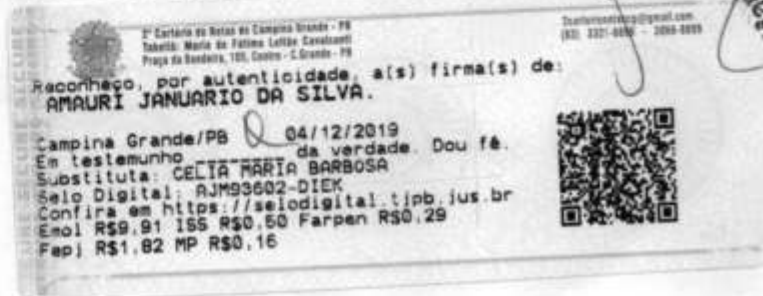
Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019



Amauri Januario da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROIBIDO PLASTIFICAR

1494494679

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1494494679



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
E AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME
ROBERTO DE LIMA GOMES

DOC. IDENTIFIC. / QUAL. EMISSÃO DE
31/12/79 0508 T9

CP 054.099.954-90 DATA NASCIMENTO
27/09/1984

RAÇA

MARIA DO SOCORRO DE
LIMA GOMES

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ AB

NASCIMENTO 29/08/2022 1ª EMISSÃO 20/05/2014



Observações

Residência atual: Rua...
Assentamento do Partido

LOCAL CARTÃO GRANDE, PB DATA EMISSÃO 31/08/2017

Assinatura: *[assinatura]*
058956488259
PB03461970

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 015100255556

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0093201240-0 00/00000000 2019

RAFAEL JANUARIO DA SILVA

11598870475

MNY7377/PB

NOVO PB 9C2KC08108R009604

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007

2008

2 P/149 /CI

PARTIC

CINZA

COTA ÚNICA

00/00/0000

1º

IPVA

0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 06/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE-PB

06/09/2019

32875



32468

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

PB Nº 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

2019 06/09/2019

11598870475

MNY7377/PB

00932012400

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007

9

9C2KC08108R009604

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

06/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

32468-1511291-20190906



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE FISCALIZAÇÃO

Nome: **MAURÍCIO JANDARÉ DA SILVA**

DOC. IDENTIFIC. / CRI. / REN. Nº: **3366769** SEXO: **M** PIS: **798**

CPF: **081.929.504-33** DATA NASCIMENTO: **05/10/1987**

Matrícula: **ATOSVALDO JANDARÉ DA SILVA**
LEDA MARIA DE LIMA
QUEIROZ

Matrícula: **24/07/2024** REC: **237** Data: **10/02/2015**



Pr. Serviço: **0630018060**

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838490803



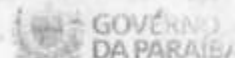
Assinado eletronicamente
Assinado eletronicamente

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** Data Emissão: **25/07/2019**

Assinatura do Titular: *[Signature]* 0434665406
PR039379078

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838490803

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



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 QUEIROZ

RG: 3366769

Nº: 2

Responsável: RAFAEL JANUARIO

Data de

Atend: 11/10/2019

Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS

GERA

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 13:35:36

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

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. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dcr | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empelamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS:

Paciente relata queda de motocicleta há 2h. Fazia uso de capacete. Nega uso de álcool. Relata dor em MIB. Nega náuseas, vômitos ou perda da consciência.

- Ⓐ UA péssima e sem cirurgia. Ⓑ MVP em AHT, 51 RA.
Ⓒ TEL 13, pulso Ⓓ. Abdome indolor, sem sinais de peritonite.
Ⓔ Fratura em MIB.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 130x80mmHg HGT: PC = 656mm SatO2 97%

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial (X) 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 agora	
2	Tiotalil 40mg + AD EV agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairo Fonseca
CRM-PR 10000 / COL-PR 10000

RAIO X
REALIZADO EM:
11/10/19

02708201A
 That export of 142
 at 1300

~~Dr. J. Carlos Fonseca
Cirurgião Geral
CRM-PR 1003 / CRM-SP 22373~~

* Emissão geral (14:30h)
Paciente sem sinais focais - abs
CD: Ato de emissão geral
As estruturas da phtomera

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Roberto Tomarichu Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICOS REALIZADOS:

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

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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 Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

SINAIS VITAIS:


HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Gustavo Uchôa
COREN-PB 545133-ENF

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

	SUS Sistema 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 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 AMAURI JANUARIO DA SILVA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 2013011
7 - CARTÃO DO SUS 898004830047633	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/10/1987
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LEDA MARIA DE LIMA QUEIROZ	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº 87616060
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R JOSE PALHANO, 2, CRUZEIRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO 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 INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO (N°) CNES	29 - N° DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/10/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	

- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) -			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO			

- AUTORIZAÇÃO -	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CID, ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO (N°) CNES	46 - N° DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

Junior de Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEIT

DADOS CLÍNICOS:

Trauma em perna (E), dedo, (E)

377

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X

REALIZADO EM:

11/10/19

EXAME SOLICITADO:

Rx de perna (E), AP e Perfil.
(E)

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

11/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Jarbas Fonseca
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 10302 / CRM-PE 23727

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



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:

fx 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:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. Myrcelino

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 CIRURGICO 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-PR 18.707



ESTADO DA PARAIBA
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 ORTOPÉDICA 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 5.0 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	86.0 a 100.0 fL
H.C.M.....	31 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.9 a 34.6 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
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
Monócitos.....	3,0	411
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	177.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: SAMUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
 Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CREM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AD67-8993-0ED9-7ECB-75AC-C52E-139D-927F





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

24

NOME

PRONTUÁRIO:

AMÁURI JARDUARIS

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

RX DO TORN. 2 BLD BSGUBRW
AD + perf

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM:
11/10/2019

EXAME SOLICITADO:

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

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Arnaldo Junior da Silva		Idade:	
Convênio:	SUS		Data:	
Procedimento:	Aut. litúrgico fratura exposta de tornozelo (E)			
Cirurgião:	Dr. Fabio Pires	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Marcelo
Início:	16:00	Término:	17:30	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

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

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


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Amauri Yamunio da Silva Jr - 05.10.87

QI - LEITE sala 04. CONVÊNIO SUS IDADE 32 anos REGISTRO 2012830

CIRURGIA Tratamento cirúrgico de fratura exposta de Tarsometatarsiano 1º Dr. Fabiano Crispim

ANESTESIA Raque ANESTESIA Dr. Márcio

INSTRUMENTADORA Thiago DATA 22/10/19 INÍCIO 16:00 FIM 17:30



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Ravulon amp. Dimor 0-2		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	01	Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protóxido I/m Diprival amp		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelacin ml	01	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	04	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Dicadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
02	Plaxidol amp. efazolina	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
01	Glucose amp. eutrofen		Oxigênio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
01	Haemacel ml. nausedron		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01	Sabão Antisséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	2/ larar fer.
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.	12	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01 plano 07	furos	
			Sonda Uretral nº	para 06	cortear	
			Sterydrem ml	01	ruela	
			Torneirinha	02	parafusos expon	
			Vaselina ml		furos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18			
02	Aguilha desc. 10 x 12		Latese			
	Aguilha desc. 28 x 28					
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
01	Aguilha p/ raque nº 23	01	eletrada			
01	Álcool de Enfermagem 70%	01	algodão orto			
	Álcool Iodado ml		pedico			
04	Ataduras de Crepon 30 em					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

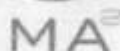
- (X) Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- () Foco Frontal
- (X) Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- () Oxícapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francieleide Garcia S. Cândida
COREN-PB 001.227.391-TE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Amurri Junior da Silva</i>			IDADE <i>32 A</i>	SEXO <i>m</i>	COR <i>br</i>	
DATA <i>11/10/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
					URINA			
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONquite	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URBÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta Tornozelo esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____				
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO			
					<i>Propofol 20</i> <i>Sufentanil 20</i> <i>Pelotidina 100mg</i> <i>Ondansetron 4mg</i> <i>Sevoflurano 120</i>			
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>15:50 PARO</i> <i>17:15 Oximetro</i> <i>200</i> <i>ventilator 12L</i>				Com cânula: _____			
					Paro o Leito Sim _____ Não _____			
					CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO								
AGENTES	<i>propofol 0,5 + Kump + Sufentanil 0,05 + Fentanyl 100mg + Midazolam 5mg</i>				CÂNULAS			
TÉCNICA	<i>Supin, Ventilação 25 L3 L4</i>							
OPERAÇÃO	<i>Redução + fixação Cirurgica fratura exposta Tornozelo</i>							
CIRURGIÕES	<i>Fabio Gaspar</i>							
ANESTESISTAS	<i>Mozulco</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			



Dr. Fábio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE - 23.113 / CRM-PB - 9561
TEOF: 16.173

Francieleide Garcia S. Cândido
COREN-PR 005.227.391-TE

GOVERNO
DA PARAÍBAGOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 8263

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: AMAURI JANUARIO DA SILVA

Data da Internação: 11/10/2019

Atendimento: 2013011

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico 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 ANTISSEPSE

- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

- GARRÓTEAMENTO 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 GARRÓTEAMENTO DO MIE

Data 11/10/2019

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim LimaDr. Fabio Crispim
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE - 23113 / CRM-PB - 9561
TED: 16.173

MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 89 - PRES MEDICI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AO: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Cta/Soc: RES MTC 811 - 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. Ramundo Asfora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.809-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 005.189.216
Cód. para Deb. Automático: 0000242089-1

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	044.462.824-75 Insc. 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,
enviar 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 23/10/19	Leitura 4987	Data 22/11/19	Leitura 5084	
				30
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. ICMS(R\$) Base Calc. Pro(R\$) Consumo(R\$)
				Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pro(Consumo(R\$) (1,045%)(R\$0,055%))
0601	Consumo em kWh	81,000	0,738180	59,83 59,83 25 14,91 59,83 0,65 2,97
0601	Adic. B. Amarela			0,42 0,42 25 0,10 0,42 0,00 0,02
0601	Adic. B. Vermelha			3,58 3,58 25 0,89 3,58 0,04 0,18
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
0607	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			7,90 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 08/2019			0,55 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0605	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 15,60 63,83 0,69 3,17
	Tarifa s/ Tributos			0,507380

Parcela últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	29/11/2019	R\$ 73,51

Histórico de Consumo (kWh)

76	78	83	81	92	108	81	85	107	90	90	76
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 9/2019 - BORBOREMA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,55	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,71		
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,30	0,00	
DCRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	13,26	17,78
Compra de Energia	26,12	34,17
Serviço de Transmissão	2,76	3,75
Encargos Setoriais	2,94	4,00
Impostos Diretos e Encargos	29,94	40,32
Outros Serviços	0,30	0,00
Total	73,51	100,00

Valor de EUSD (Ref. 9/2019) R\$ 22,46

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS 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

00190.00009 03149.036000 00793.199175 1 80880000007351

PAGADOR: MARISA DE OLIVEIRA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ 044.462.824-75
RUA PAULO ROBERTO MAIA, 89 - PRES MEDICI - CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000

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

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.826.596/0001-95
Av. Dep. Ramundo Asfora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / 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)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81 89 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Rodrigo de Lima Gualder

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

Amauri Januário da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.929.504 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amauri Januário 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua: Doutor Paulo Roberto Maia</u>	<u>69</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Presidente Médice</u>	<u>PB</u>	<u>58.417.680</u>
Cidade:	Tel.(DDD):	
<u>Campina Grande</u>	<u>83 98783-7307</u>	
E-mail:		
<u>Rodrigo027094ima@gmail.com</u>		

Local e Data: Campina Grande 06/12/2019

Rodrigo de Lima Gualder

Assinatura do Declarante

LEDA AMRIS DE LIMA QUEIROZ
RUA SEVERINO ALVES ALBUQUERQUE, 119 - A - STA CRUZ
CAMPINA GRANDE / PE CEP: 56117-205 (AC-401)

Ligação: M3V0F4S C3
ClasSec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 700 - 9200 Referência: Ser.: 2019
Medidor: W1000735387 Emissão: 23/09/2019



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4709 - BR200 - KM 196 - Telysinda
Campina Grande / PB - CEP 56425-700
CNPJ: 08.926.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.829-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.710.187
Cód. para Sit. Automático: 00000701912

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	373.915.204-00

UC (Unidade Consumidora): 4/70191-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/09/19	7229	23/09/19	7364	
				32

Demonstrativo		Valor Base Calc. Adq.		Linha (R\$)		Valor Calc. Po (R\$)		Cofins (R\$)	
CCI	Descrição	Qtd e Unid.	12.010	Valor Base Calc. Adq.	Valor Base Calc. Adq.	Valor Base Calc. Adq.	Valor Base Calc. Adq.	Valor Base Calc. Adq.	Valor Base Calc. Adq.
0001	Consumo em kWh	36,833	0,112070	26,83	25,83	25	8,41	25,83	0,19
0001	Ass. B. Vermelho			2,02	2,02	25	0,50	2,02	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JURIS DE MORA 09/2019			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 09/2019			1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	BEM SEGURO FACIL - ACE 03/2019			1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Consolidação do Item TOTAL 30,32 27,89 6,91 27,89 0,19 0,35
Tarifa de Tributos 0,50/7330

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28	30/09/2019	R\$ 33,73

Histórico de Consumo (kWh)

33	37	35	30	39	40	40	42	37	34	33	31
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVAÇÃO AO RSCD

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC Mensal	5,5%	0,00	NOMINAL 220
IC Trimestral	11,1%		
IC Anual	22,2%		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 180
IC Mensal	9,3%	0,00	
IC Trimestral	18,6%		LIMITE SUPERIOR 220
IC Anual	37,2%		
INSC	9,3%	0,00	
ICFI	12,2%		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BO	5,99	17,44
Compra de Energia	11,36	33,38
Serviço de Transmissão	1,25	3,71
Encargos Setoriais	1,32	3,91
Impostos Diretos e Encargos	8,43	24,89
Outros Serviços	5,59	16,57
Total	33,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2019) R\$ 5,24

ATENÇÃO

Contato Serviço: BEM SEGURO FACIL - ACE - (0-)
- O cancelamento de cobrança do consumo e o envio da fatura sem essas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuição.

Faturas em atraso



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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 KUBITSCHKE - VELAME				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A RICARDO BICICLETA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia 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:

081.929.504-33 Amauri Januario 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amauri Januario da Silva 081.929.504-33 Reparador Residência Albuquerque 1914 Casa Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-255 83.986.67.5227

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

Rodrigo de Lima Guedes 064.099.954-90 Matador

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: 0047 03 CONTA: 00539072 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª 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 Nº 83 9.8667-5227

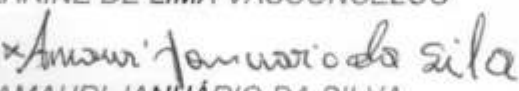
TESTEMUNHAS: **ALVARO CORDEIRO VIEIRA**, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB. **VERÔNICA RAFAELA ALVES DE MORAIS**, residente na RUA JULIO EDUARDO MORAIS E SILVA, 50, bairro VELAME, na cidade de C. GRANDE, PB.

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:

081.929.504-33 Amauri Januário 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Amauri Januário da Silva 081.929.504-33 Repetidor Renda شهر Albuquerque 1914 Casa Santa Cruz Campina Grande PB 58.417-255 83.986675227

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:

Rodrigo de Lima Guedes 064.099.954-90 Advogado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0047 03 CONTA: 00539072 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Amauri Januário da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



4392 6719 1413 5070

AMAURI J DA SILVA

0041 013 00539072-4 10/24



Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

Electron

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051204/20

Vítima: AMAURI JANUARIO DA SILVA

CPF: 081.929.504-33

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI JANUARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

OUTORGANTE: Amauri Januario 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: Sereno Alves Albuquerque, 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 3772792 SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Dr. Paulo Roberto Maia, nº 69, Bairro
Presidente Medice, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-000.

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: Invalididez, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Amauri Januario da Silva ocorrido em 11/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 04 de Dezembro de 2019



Amauri Januario da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

