



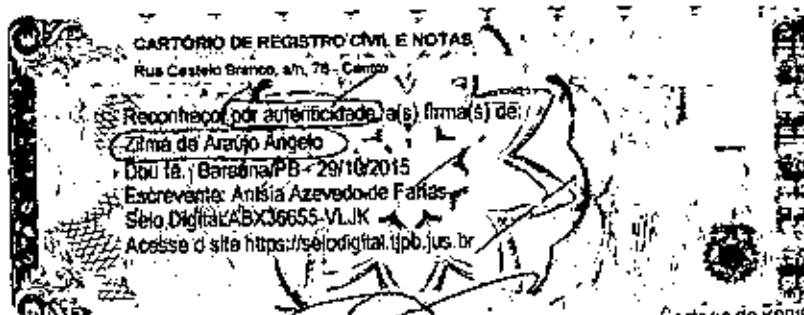
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ZILMA DE ARAÚJO ÂNGELO  
 RG nº 2578073, data de expedição 24/07/1999  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 047.667.144-23, com  
 domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA: GETÚLIO VARGAS, nº 150,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO cujo o condutor era  
O MESMO

Veículo: MOTOCICLETA  
 Modelo: HONDA POP 100  
 Ano: 2011  
 Placa: NRF 4424/PB  
 Chassi: 9C2 H90 210 904 30309  
 Data do Acidente: 18/07/2015  
 Local e Data: BR PROXIMO A CIDADE DE BARAUNA 18/07/2015

[Assinatura]  
 Assinatura do Declarante

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



Cartório de Registro Civil e Notas  
 Anísia Azevedo de Farias - Escrevente  
 CPF 308.741.144 - 20  
 Barauna - PB

Cartório do Registro Civil e Notas  
 Nídia Maria Azevedo de Farias Barreto  
 Oficiala - Substituta - CPF 485.364.664 - 72  
 Barauna - PB



## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**  
2ª via, expedido por SSP/PB, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na  
qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)  
DAMIAO SOUZA DO NASCIMENTO

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ,  
da vítima DAMIAO SOUZA DO NASCIMENTO  
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações  
solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ 2.500,00

Documentos comprobatórios: RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE  
DE RESIDENCIA.

**NILO TRIGUEIRO DANTAS**

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

Nilo Trigueiro Dantas  
OAB/PB. 13220  
DABRN. 834-A

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
09 MAR 2016  
JEM REGULADORA



000295

Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaqueiras João Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01742179.9

## CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ ESGOTOS E SERVIÇOS

|                         |                              |           |                 |                    |                       |                   |  |
|-------------------------|------------------------------|-----------|-----------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--|
| CLIENTE                 | NÍLO TRIGUEIRO DANTAS        |           |                 | INSCRIÇÃO          | 028.001.0020.0304     |                   |  |
| ENDEREÇO                | RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO, 145 |           |                 | CIDADE             | JOÃO PESSOA           |                   |  |
| BARRIO                  | JACARA                       |           |                 | CEP                | 58167-000             |                   |  |
| RESPONSÁVEL             | assinatura Água              | PICUI     | SITUAÇÃO ESGOTO |                    | QUANTIDADE DE CONSUMO |                   |  |
| 1742179.9               | LIGADA                       | POTENCIAL | RESIDENCIAL     | COMERCIAL          | INDUSTRIAL            | PÚBLICO           |  |
| DADOS DO FATURAMENTO    |                              |           |                 | DÉBITOS EXISTENTES |                       | QUALIDADE DA ÁGUA |  |
| LEITURA ATUAL           | 381                          |           |                 | MÊS                | VALOR - R\$           | PORTA DE INGRESSO |  |
| LEITURA ANTERIOR        | 351                          |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONSUMO DO MÊS (m³)     | 30                           |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DATA DA LEITURA         | 23/11/2015                   |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DIAS DE CORTESIA        | 24                           |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONDIÇÃO DA LEITURA     | REALIZADA                    |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONDIÇÃO DO FATURAMENTO | REAL                         |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| ANORMALIDADE DA LEITURA | REAL                         |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| ANORMALIDADE DE CONSUMO | REAL                         |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DATA DA PRÓXIMA LEITURA | 11/12/2015                   |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |

|              |                             |                 |           |
|--------------|-----------------------------|-----------------|-----------|
| ANORMALIDADE | DADOS DO HIDRÔMETRO         | DESCRIÇÃO       | VALOR R\$ |
| JUN 17       | Número: A08A017737          | ÁGUA            | 26,93     |
| JUL 14       | Data instalação: 08/07/2013 | RESIDENCIAL     | 26,93     |
| AGO 8        | Marca: ASI                  | CONSUMO DE ÁGUA | 26,93     |
| SET 11       | Localização: EXTERNO        |                 |           |
| OUT 11       | Consumo: 3 M3/H             |                 |           |
| NOV 8        |                             |                 |           |
| MÉDIA: 12    |                             |                 |           |
|              |                             | TOTAL A PAGAR:  | 26,93     |

|            |                                            |            |
|------------|--------------------------------------------|------------|
| REFERÊNCIA | SUJEITO A CORTE APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO | VENCIMENTO |
| Dez/2015   |                                            | 30/12/2015 |

PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.

\*\*\* Conta em Débito Automático a ser debitada no dia do vencimento  
 Banco: BANCO DO BRASIL S/A Agência: 2441



P-295

|                         |                       |           |                 |                    |                       |                   |  |
|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--|
| CLIENTE                 | NÍLO TRIGUEIRO DANTAS |           |                 | INSCRIÇÃO          | 028.001.0020.0304     |                   |  |
| RESPONSÁVEL             | assinatura Água       | PICUI     | SITUAÇÃO ESGOTO |                    | QUANTIDADE DE CONSUMO |                   |  |
| 1742179.9               | LIGADA                | POTENCIAL | RESIDENCIAL     | COMERCIAL          | INDUSTRIAL            | PÚBLICO           |  |
| DADOS DO FATURAMENTO    |                       |           |                 | DÉBITOS EXISTENTES |                       | QUALIDADE DA ÁGUA |  |
| LEITURA ATUAL           | 381                   |           |                 | MÊS                | VALOR - R\$           | PORTA DE INGRESSO |  |
| LEITURA ANTERIOR        | 351                   |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONSUMO DO MÊS (m³)     | 30                    |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DATA DA LEITURA         | 23/11/2015            |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DIAS DE CORTESIA        | 24                    |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONDIÇÃO DA LEITURA     | REALIZADA             |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| CONDIÇÃO DO FATURAMENTO | REAL                  |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| ANORMALIDADE DA LEITURA | REAL                  |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| ANORMALIDADE DE CONSUMO | REAL                  |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |
| DATA DA PRÓXIMA LEITURA | 11/12/2015            |           |                 | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE INGRESSO      |                   |  |

REFERÊNCIA

Dez/2015

MATRÍCULA

01742179.9

VENCIMENTO

30/12/2015

TOTAL A PAGAR

26,93

PROTÓCOLO  
 RECEBIDO  
 09 MAR 2016  
 JEM REGULADORA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAMIANO SOUZA DO NASCIMENTO

RG nº 3388903, data de expedição 30/11/2005 Órgão

SSP/PB, CPF nº 077.557.104-08, venho perante a este

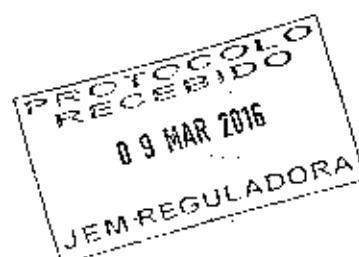
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

|                                   |                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praca) | <u>Sítio Feijão</u>                                   |
| Número                            | <u>512</u>                                            |
| Apto / Complemento                |                                                       |
| Bairro                            | <u>Zona rural</u>                                     |
| Cidade                            | <u>Picuí</u>                                          |
| Estado                            | <u>PB</u>                                             |
| CEP                               | <u>58.182-000</u>                                     |
| Telefone de Contato               | <u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u> |
| E-mail                            | <u>nilotdantas@hotmail.com</u>                        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 01 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Damiano Souza do Nascimento





SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2757718  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI  
END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA  
MUNICIPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25  
Nome: DAMIAO SOUZA DO NASCIMENTO  
Raza/Cor: PARDA

Idade: Sexo: M

Endereço: AGRICULTORA

Endereço: ST FELIJO

Bairro: ZONA RURAL

Documento: 3388903

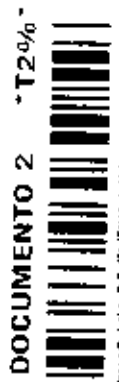
PROTOKOLO RECEBIDO  
09 MAR 2016  
JEM REGULADORA

18/03/2016

*Handwritten signature: Paulo Henrique L. Souza*

Hospital Regional de Picui  
Aposto conforme o original.

Picui, 27/07/2015  
Arquivo Médico



2021. 2 01NENUNCOO

RESULTADOS

Josevania Lima de Melo  
Aux. Administrativo

CNS

CBO

CRM

*Handwritten signature: Nelson Soares*

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

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

PROCEDIMENTO - descrição:

*Handwritten signature: Paulo Henrique L. Souza*

*Handwritten signature: Del. Henrique L.*

Rene Torres Macauba

004880

005195

POLEGAR DIREITO

RECEPCIONISTA: HRP

*Handwritten text: Ato Delib. no 1000*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 3388903 e inscrito no CPF/MF sob o nº 077.557.104-08, residente e domiciliado na SÍTIO FEIJÃO, ZONA RURAL, Cidade PICUI, Estado PARAÍBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 \*T34\*

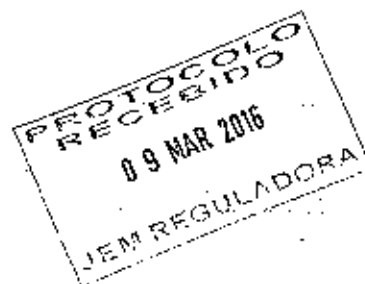


DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picui - PB, 03 de Fevereiro de 2016

Local e data



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Damiao Sousa do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Feijão, S/N  
Zona Rural Picuí PB CEP: 58187-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3388903  
Data local do exame: [ 24/05/2016 ] Campina Grande [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Fratura do Quinto Metacarpo Esq.**

**Presença de cicatrizes na mão Esq, presença de deformidade óssea na região do Quinto Metacarpo Esq, leve limitação da ADM do Quinto Quirodáctilo Esq principalmente para flexão, presença de desvio ulnar do Quinto Quirodáctilo Esq, ausência de edema ou atrofia.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Foi atendido no mesmo dia do acidente, foi submetido a sutura dos ferimentos da mão, evoluiu com infecção, após 30 dias do acidente foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura do 5º MTC, recebeu alta após 24 hrs, fez acompanhamento por 2 meses, foi submetido a retirada de fio de kirshner, fez 20 sessões de fisioterapia.**

**Data da alta: 19-08-2015**

**Osteossíntese de fratura do Quinto Metacarpo Esq com uso de um fio de kirshner.**

**Complicações: Evoluiu sem complicações**

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

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação leve para o fechamento do Quinto Quirodáctilo Esq, deformidade óssea na mão, dificuldade para erguer peso.**

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

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

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

( ) “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Sem sequela permanente”

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Mão - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = “100% da IS”

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Schubert Costa**  
PERITO ASSISTENTE  
SAUDE SEG  
CRM - 5523

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
12 ABR 2016  
1ª EM REGULADORA

**C E R T I D ã O**Nº Cont.: **086/2015**

**CERTIFICO**, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º **086/2015**, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos **08 dias do mês de Dezembro do ano de 2015**, Nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Belª Dianni Regina de Barros Silva**, Delegada de Polícia Civil, comigo; Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h.10min. compareceu **DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, agricultor, natural de **Picuí/PB**, nascido aos **28/10/1980**, filho(a) de **Antonio Braz do Nascimento** e **Maria Fernandes de Souza**, residente no **Sítio Feijão zona rural de Picuí/PB**, RG nº **3.388.903-SSP-PB** e CPF nº **077.557.104-08**; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** **(no dia 18 de Julho de 2015)** por volta das **16:30 horas**, foi vítima de acidente de moto próximo a cidade de **Baraúna**; Que no momento do acidente vinha pilotando a moto **POP 100**, ano **2011**, cor **vermelha**, placa **NQF-4424/PB**, chassi nº **9C2HB0210BR430309**, licenciado em nome de **Zilma de Araújo Angelo**; Que o comunicante após o acidente na referida moto foi socorrida pela **Ambulância** da cidade de **Baraúna** para o hospital regional de **Picuí**; Que as testemunhas abaixo assinadas presenciaram seu acidente; Que em virtude do acidente automobilístico o comunicante sofreu lesões conforme laudos apresentados na delegacia de polícia civil local; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 08 de Dezembro de 2015.

*Damião Souza do Nascimento*  
COMUNICANTE:

*Zilda de Araújo Angelo*  
ZILDA DE ARAÚJO ÂNGELO

TESTEMUNHA 1 RG nº 2.563.481-SSP-PB, Residente na rua Presidente Getulio Vargas, S/nº, centro, Baraúna/PB.

*Anabyhacya de Azevedo Araújo Macedo*  
ANABYHACYA DE AZEVEDO ARAÚJO MACEDO

TESTEMUNHA 2 RG nº 3.035.529-SSP-PB, Residente na rua José Osório Pontes, nº 74, Bairro JK, Picuí/PB.

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
07 MAR 2016  
ARAUNA SEGUROS S/A





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no Banco.

EU, Damiano Sousa do Nascimento  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.388.903 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/11/2005  
 CPF 09465310041-08 / ENPI 000000000000000000 PROFISSÃO Emprego  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Damiano Sousa do Nascimento AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício: nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Bônus ou funcional.
- Conta Empresarial: nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular.
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal.
- Conta tipo FACIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a autorização de proposta de abertura de conta como documento).
- comprovatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)); bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner, colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PB 01 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

Damiano Sousa do Nascimento

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo a legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 13.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221304.

LATA ECONOMIA FEDERAL  
 LATA 0001

04/01/2016  
 DATA EFETIVADA: 04/01/2016  
 MONITOR: 000099236  
 AGENCIA: 4916  
 CONTRA: 013.00006092 8  
 NOME: DANIELA SOUZA DO NASCIMENTO

VALOR: 12-0001  
 CUD. OPERACAO: 952951097  
 DISQUE CAIXA - 0800 726 2492  
 0101  
 RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 2492 (informações,  
 reclamações, sugestões e elogios)  
 Para pessoas com deficiência auditiva ou  
 de fala: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474

104

Agência: 4916

Conta: 6092 - 8

PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
 09 MAR 2016  
 JEM REGULADORA

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2016

Carta nº: 9085895

A/C: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160183704 ASL-0127768/16  
Vítima: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 18/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2016

Carta nº: 9157692

A/C: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160183704 ASL-0127768/16  
Vítima: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 18/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO**

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

Banco: **104**

Agência: **000004916**

Conta: **000006092-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2016

Carta nº: 8820292

**A/C: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO**

**Sinistro: 3160183704**  
**Vitima: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO**  
**Data Acidente: 18/07/2015**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2016

Carta nº: 8820291

A/C: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160183704  
Vitima: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 18/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000006092-8

---

Nr. da Autenticação BDA926510BC1A1AD

## PROCURAÇÃO

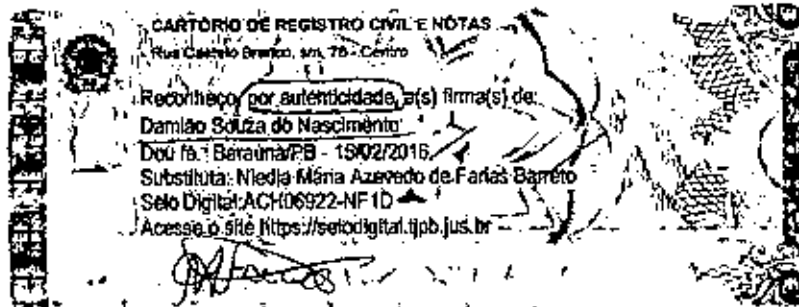
Outorgante: DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO,  
brasileiro(a), UNIÃO ESTÁVEL AGRICULTOR,  
portador(a) do RG nº 3388903 expedido por SSP/PB em  
30/11/2005 e do CPF nº 033.557.104-08, residente na (o)  
SÍTIO FEIJÃO, S/N, ZONA RURAL,  
município de PICUI - PB, CEP 58487-006

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

**Poderes:** Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo  
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes  
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO  
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

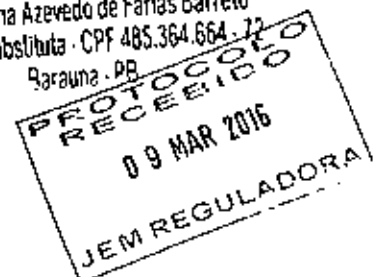
Picuí - PB, 15 de fevereiro de 2016

DAMIÃO SOUZA DO NASCIMENTO  
outorgante



Cartório de Registro Civil e Notas  
Anisete Azevedo de Farias - Escrevente  
CPF: 308.741.144-20  
Barauna - PB

Cartório de Registro Civil e Notas  
Nidia Maria Azevedo de Farias Barreto  
Oficial - Substituta - CPF 485.364.664-72  
Barauna - PB



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160183704 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAMIAO SOUSA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do Quinto Metacarpo Esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de cicatrizes na mão Esquerda, presença de deformidade óssea na região do Quinto Metacarpo Esquerdo, leve limitação da ADM do Quinto Quirodáctilo Esquerdo principalmente para flexão, presença de desvio ulnar do Quinto Quirodáctilo Esquerdo, ausência de edema ou atrofias.

**Resultados terapêuticos:** Osteossíntese de fratura do Quinto Metacarpo Esquerdo com uso de um fio de kirshner. Evoluiu sem complicações.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/05/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 14484

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                    |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



DOCUMENTO 7 17%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753288414  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 003318160921 00/00000000 EXERCÍCIO 2014

ZILMA DE ARAUJO ANGELO

04766714423 PLACA NOF4424/PB

PLACA ANT / LIC NOVO PB 9C2HB0210BR430309

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/POP100 MARCA / MODELO ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / CG 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PRINCIPAL VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 30/05/2014 1ª VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS

FAVIA: PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PPV 2 TARIFÁRIO (R\$) 00000000 DE (R\$) 00000000 PPV 2 TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 30/05/2014

OBSERVAÇÕES A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

BARAUN 366 27/03/2015 67

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE A OBRIGADO POR SUA CARGA / A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753288414 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ZILMA DE ARAUJO ANGELO

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

04766714423 www.seguredotransito.com.br 24/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 27/03/2015

VIA ZILMA DE ARAUJO ANGELO PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB 2011 CALIBRE 14423 Nº CHASSI NOF4424/PB

003318160921 PRÊMIO TARIFÁRIO HONDA/POP100

FMS (R\$) 2011 9 DENATRAM (R\$) 9C2HB0210BR430309 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 (R\$) 00000000 TITULAR DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTUBRO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.003/0001-04  
www.seguradoralider.com.br  
671-1432451-20150127

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
09 MAR 2016  
JEM REGULADORA

**VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**

REGISTRO GERAL  
NOME: DAMILÃO SOUZA DO NASCIMENTO.  
FILIAÇÃO: Antonio Braz do Nascimento.  
Maria Fernandes de Souza.  
Picuí PB.  
NASCIMENTO: 28.10.1980  
NATURALIDADE: DATA DE NASCIMENTO  
Cert.Nasc.Nº908, Fls.171, Liv.A-2, Cartório  
de Barauna PB.  
CPF:  
Assinatura do Diretor  
JOSÉ PEREIRA - DIRETOR  
LEI Nº 7.166 DE 29/06/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

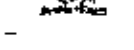
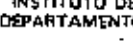
ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI P.96

*Damião Sousa de Azevedo*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Vitima

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
09 MAR 2016  
JEM REGULADORA



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: DAMIAO SOUZA DO NASCIMENTO

Raca/Cor: PAROA

Sexo: M

Classe(s) de idade

Documento: 3388903

Nº: 0

Endereço: AGRICULTORIA

Endereço: ST FELIÃO

Bairro: ZONA RURAL

18/07/2015

RECEBEMOS  
1802 MAR 2015  
PROTÓTIPO

*Handwritten signature: Damiao Souza do Nascimento*

Hospital Regional de Picui  
Atesto conforme o original.

Picui, 27/07/2015

Arquivo Médico

Josevânia Lima de Melo  
Ass. AdministrativoRenô Torres Macaúba  
Médico

PM 980

*Handwritten signature: Renô Torres Macaúba*

1. ☐ 01 - ELETIVO
2. ☐ 02 - URGÊNCIA
3. ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
4. ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
5. ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

*Handwritten signature: Renô Torres Macaúba*

RESULTADOS

*Handwritten signature: Renô Torres Macaúba*

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

RECEPCIONISTA: HRP

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: DAMIAO SOUZA DO NASCIMENTO

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 28/10/1980 Idade: 34 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA FERNANDES DE SOUZA

Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: 3388903

Endereço: ST FELIÃO Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/IBGE: PICUI / 58187000 / 251140

Telefone para contato: (83) 8809-8064 CNS: 209145887740006

Data e Hora: 18/08/2015 07:52:13 CADASTRO: 204544

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

1 - 10 anos p 1x 5: MTC

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Hospital Regional de Picui  
Atesto conforme o original  
Picui, 15.10.12.05  
Arquiteto Medico  
Lapomata de 12.05.12.05  
204544

## MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

## PROCEDIMENTO - descrição:

## DIAGNÓSTICO:

frat. 5º MTC

CID-10:

## MEDICAÇÃO:

## ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO  
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

## SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

CNS

CBO

## ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

## OU PEGUEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO



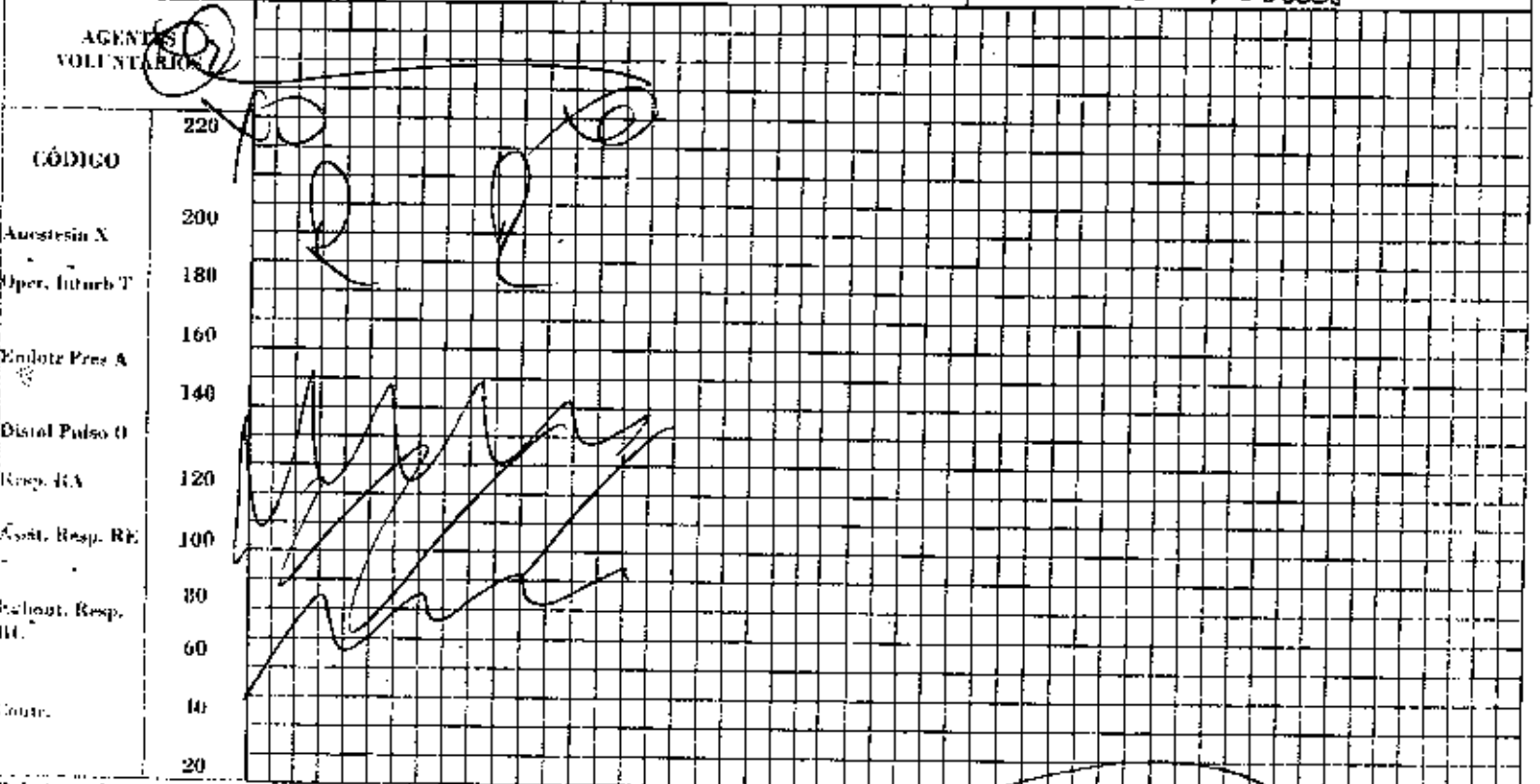
GOVERNO  
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícní "Felipe Tiago Gomes"

# FICHA DE ANESTESIA

|                               |           |          |               |
|-------------------------------|-----------|----------|---------------|
| NOME                          | Idade     | SEXO     | GR. SANGÜÍNEO |
| Damasceno Souza do Nascimento | 34        | M        |               |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO    | CATEGORIA | DATA     |               |
| Fratura do 5º Metacarpo       | SUS       | 38/08/15 |               |

|                    |            |          |             |
|--------------------|------------|----------|-------------|
| OPERAÇÃO REALIZADA | CIRURGIÃO  | AUXILIAR | ANESTESISTA |
| Trat. cirúrgico    | Dro Carlos |          | Dro Roberto |



Pré-Anestésico

Anestesia

Técnica

Início

Termino

Verbalize

Duração minutos

ML

| AGENTES                 | DOSES | LÍQUIDO | ML |
|-------------------------|-------|---------|----|
| Adrenalina 1% - 10ml    |       |         |    |
| Atropina 2mg - 2ml      |       |         |    |
| Propofol 2% - 10ml      |       |         |    |
| Albúmina - 10ml         |       |         |    |
| Clorpromazina - 10ml    |       |         |    |
| Midazolam - 20mg        |       |         |    |
| O <sub>2</sub> - 3l/min |       |         |    |

OBS:

Roberto Marinho Alves  
MÉDICO  
CRM 251.034/154-53  
CRM 3512



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

|                                                            |                      |                               |                |
|------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------|
| Nome do Paciente: <u>Dominio Souza do Nascimento</u>       |                      |                               |                |
| Data da operação: <u>18/08/15</u>                          |                      | Enf.: <u></u>                 | Leito: <u></u> |
| Operador: <u>Dro Carlos</u>                                |                      | 1º Auxiliar: <u></u>          |                |
| 2º Auxiliar: <u></u>                                       | 3º Auxiliar: <u></u> | Instrumentador: <u></u>       |                |
| Anestesista: <u>Dro Roberto</u>                            |                      | Tipo de Anestesia: <u>Bim</u> |                |
| Diagnóstico Pré-operatório: <u>FRATURA DE 5º MTC E</u>     |                      |                               |                |
| Tipo de operação: <u>FFO CERRAÇÃO DE FRAT. DO 5º MTC E</u> |                      |                               |                |
| Diagnóstico Pós-operatório: <u></u>                        |                      |                               |                |
| Relatório Imediato do Patologista: <u></u>                 |                      |                               |                |
| Exame Radiológico no Ato: <u></u>                          |                      |                               |                |
| Acidente durante a operação: <u></u>                       |                      |                               |                |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Posição em JPH sob anest
- ② Posição + antisept + campos
- ③ Incisão dorsal - 5º MTC
- ④ Fixação de P.O. K, 15
- ⑤ LC de
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Curativo

Carlos Cândido Filho  
Ortopedia, Traumatologia  
CRM-PA 85945 - RCO 13114



## EVOLUÇÃO

me: Domício S. da Nascimento Idade: 34 Reg.: 74.542  
vício: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Data

Evolução

18/8/15

~~\* ORTOPEDIA \*~~

Paciente submetido a  
t-to cirúrgico p/ fratura  
do 5º MTC e/ inflexão  
Ct: A inflexão e/ fratura  
recuperados com tra

Dr. Fábio Mendonça Nepomuceno  
Ortopedia Traumatologia  
Paráíba - 1587 13123

19/08/15

Dr. p/ caso

Dr. Fábio Mendonça Nepomuceno  
Cirurgia do Joelho  
UAMED-035000054295



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI  
Rua: Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo  
CEP: 58.167-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990  
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-80

Nº AIH \_\_\_\_\_  
Nº de Ordem \_\_\_\_\_  
Nº de Reg. 34.542  
Nº do Docum. 3388903

### ARQUIVO MÉDICO

Nome: Daniela Souza do Nascimento  
Responsável: 19 meses  
Pai: Antonio Braz do Nascimento  
Mãe: Maria Fernandes de Souza  
Prof: Agricultor Data do Nasc. 28/10/80 Idade: 34a  
Endereço: St. Feijão Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Picuí Est. Civil: Solteiro

### PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico Definitivo: Trat. cirur. de Fratura de 5º  
MTC  
Tratamento Efetuado no Hospital: cirurgico

Exames Realizados: \_\_\_\_\_

Internado em 18/08/15 Alta em 19/08/15 Óbito em 1/1

Arquivista

Médico Assistente