
Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128699

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO GERALDO 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



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128699

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GERALDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 259,45
Juros:	R\$ 113,93
Total creditado:	R\$ 2.735,88

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.735,88

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000016723-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128699 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.(PÁG.10)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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):

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).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 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 POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0040

CONTA: 000167237

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 (ou nascituros)?

☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

6277 8016 9448 8150

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

ONIO GERALDO DA SILVA

3041 013 00016723-7

e!c

BANCA CAIXA DE CRÉDITO DO BRASIL S.A.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00049.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 18/08/2017

Hora: 08:13:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua do Sol, Jardim Quarenta, Campina Grande, PB.

RECEBIDO

22 MAI 2019

Seguradora Líder DPVAT

PARTE(S)

VITIMA
Nome: Antonio Geraldo da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Ana da Conceição e José Geraldo da Silva
Idade: 76 Data de Nascimento: 23/08/1941 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca
Estado Civil: viuvo(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Aposentado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 451.611.354-68
Endereço: Rua Euclides Carolino Lima, 145, Santa Rosa, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99144-8791

Boletim de ocorrência



TESTEMUNHA
Nome: Antonio de Lima Araújo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Lourdes Lima Araújo e Anizio de Souza Araújo
Idade: 66 Data de Nascimento: 25/10/1951 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Soledade
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Motorista
Documentos(s) de Identificação: RG nº 253514 SSP/PB
Endereço: Rua da República, 212, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98855-3125

FECHINE
SERVIÇOS NOTARIAIS
DO OFÍCIO
Shiraine de Sousa Melo
Rua Marques de Oliveira, 58 - Centro - C. Grande - PB
FONE: (83) 3321-3002
Escritório



TESTEMUNHA

Nome: Ailton da Silva Guedes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa da Silva Guedes e José Guedes do Nascimento
Idade: 53 Data de Nascimento: 05/12/1964 Identidade de Gênero: Não informado
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: Não informado
Escolaridade: Não informado Profissão: Segurança
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 456.464.304-53
Endereço: Rua José Peixoto, 55, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98632-9026

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2015, placa OFH-3083, chassi 9C2KC1650FR017178, renavam 01041527796

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé na rua Do Sol, bairro do Jardim Quarenta, momento em que o piloto da motocicleta Honda/CG 150 TITAN ESD, Ano/Modelo 2015/2015, cor vermelha, Placa OFH-3083-PB, Chassi de Nº 9C2KC1650FR017178, licenciada em nome de Gidalvo Rodrigues da Cunha Júnior, que vinha em sentido contrário e atingiu a vítima atropelando jogando contra o solo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da Tibia e Fíbula na perna direita e fratura no braço direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo Corpo de bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 19 de fevereiro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

Antonio Geraldo da Silva
ANTONIO GERALDO DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

FECHINE

Procedimento Policial: 00049.01.2018.2.00.420

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Campina Grande-PB 19/02/2018 15:01:22

Shirlaine de Sousa Melo - Escrevente

[2018-005689] EMBL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12

SFLO DIGITAL: AGL35689-ATF2

Confira a autenticidade em <https://selcdigital.tjpb.jus.br>

FECHINE
SERVIÇO NOTARIAL
Shirlaine de Sousa Melo
Escrevente
Fone: (83) 3321-3002



MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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):

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).

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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

004

CONTA:

00016723

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vivas)?

☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Campina Grande - PB, 01/08/2019
Antonio Geraldo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Comprovação de ato declaratório



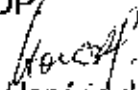
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Campina Grande – PB, 17 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 009/2018

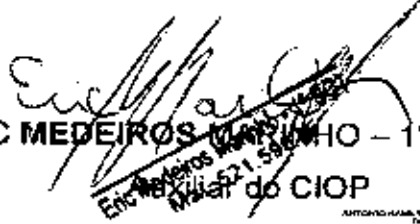
Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/08/2017, conforme registro nº BM2017.0818.0813-00012, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 08h13min o Sr. **ANTONIO GERALDO DA SILVA**, documento de identificação nº **1093883 (2º via) SSP PB**, vítima de acidente de trânsito (**ATROPELAMENTO NÃO FATAL**) ocorrido na **Rua do Sol, bairro: Jardim Quarenta, cidade Campina Grande-PB**. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-33**, tendo como chefe o **CB Marcelo, Matrícula: 520.974-9**. A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE CONSCIENTE COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA POSSÍVEL FRATURA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

Para constar, eu 1º SGT, **ERIC MEDEIROS MARINHO**, Matrícula 521.598-6 auxiliar do Centro Integrado de Operações Policiais, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe do CIOP.


José Honório da Silva
MAT 520.114-4

JOSÉ HONÓRIO DA SILVA – 1º TEN QOABM

Chefe do CIOP


ERIC MEDEIROS MARINHO – 1º SGT BM

Eric Medeiros Marinho – 1º SGT BM
Assessor do CIOP

FECHINE
SERVIÇOS NOTARIAL
4º OFÍCIO

Matheus de Paula Aires de Queiroz
Rua Marques do Herólio, 58 - Centro - Campina Grande - PB
FONE: (83) 3222-2000
E-MAIL: matheus@fechine.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 01/02/2018 10:32:17
Matheus de Paula Aires de Queiroz – Escrevente
[2018-003650] EMOL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: ABK27059-1895
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, N.º 425 - SÃO JOSÉ, CEP 59400-225 - CAMPINA GRANDE - PB
TEL: (83) 3216-9192 - FAX: (83) 3210-0098 -
E-MAIL: comando2@bombeiros.pb.gov.br



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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.735,88

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO GERALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000016723-7

Nr. da Autenticação 4A189241D32898B7

2131030

ENERGISA E COGNITIVE, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. S. S. - Tel. Fins. - Caixa 9 S. M. de J. P. - CE 55412-700
 CNPJ 02.805.596/0013-95 Fone Fax 18 023333

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 204.047.589
Cód. para Dep. Aut. em 15/05/2019

Access: <http://www.elsevier.com/locate/locate>

CPE/ CNPJ/ RAN

4/68169-2

© 2004 by The American Psychological Association, 0893-3200/04/\$12.00
DOI: 10.1037/0893-3200.18.4.575

Comprobante de residencia



FOIA b (7)(C) - Exemption from disclosure of information that would reveal the identity of confidential sources, the methods and techniques of investigation, or confidential information or information that would otherwise be detrimental to the national defense.

TOTAL A B3642

R\$ 59.03

[illegible]

edb3.6fac.380d.d7c5.4fdcf.ffae 964e 272-

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OK/MENSA	5,3	2,1	
OK/TRAVERSA	10,8		220
OK/ANUAL	10,8		
FIC/MENSA	5,3	3,1	
FIC/TRAVERSA	10,8		220
FIC/ANUAL	10,8		220
OK/TRAVERSA	10,8	9,00	
OK/ANUAL	10,8		

Discriminazione	VAPOR 1991	%
Non discriminazione	58.03	100.00
Discriminazione	0.00	0.00
Total	58.03	100.00

2025年4月30日 17:49:51

Features em destaque

May/19 64.31

- REATOS DE VIOLENCIA: Causa lesiva física, por lo que repercute en la integridad corporal, en la vida o en la integridad psicológica o en el desarrollo o en la libertad de la víctima. Ejemplos: Lesión grave, Lesión leve, Homicidio. Oportuno es decir que esta definición es bastante restrictiva, ya que excluye la supuesta falta de conocimiento de la víctima, como en el caso de la carnalidad, el incesto, el abuso sexual, el abuso de la autoridad, el abuso de la confianza, etc.
- Lesión de honor: Es el daño causado a la reputación o al honor de una persona.
- Lesión de libertad de la conciencia:

БОЛГОҢА

Role: 18-401-632-34
Metric: 53/59-31-7-7-7

03/07/2019

R\$ 59.03

836100000000-6 59030147000-1 00681692019-0 06700401019-4





CTC RECIFE PE PL7

PC-15

ANTONIO GERALDO DA SILVA
R EUCLIDES CAROLINO LIMA 145
CASA - 40
58416-290 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 01/06/2018
enciménto: 13/06/2018
Emissão: 31/05/2018
Data fatura: 08/07/2018

Comprovante de residência



resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	598,26
Pagamento efetuado em 14/05/2018	450,00
Saldo financiado	148,26
Encargos (financiamento + moratória)	22,77
Lançamentos atuais	777,16
Total desta fatura	948,19

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve pagar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **ANTONIO GERALDO DA SILVA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.8424**

Prá que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento	A) pagamento total R\$	ou	B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$	ou	C) parcelas fixas R\$	ou	D) pagamento mínimo para R\$ financiamento
13/06/2018	948,19		287,61		92,14 + 23x 92,14		92,15 + 12x 121,97

Consulte outras opções de parcelamento desta fatura ou pague qualquer valor entre R\$ 92,15 e R\$ 287,60 e o saldo restante em 12 vezes.

Novo opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para financiamento: quando disponível, o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	2.000,00
Limite utilizado no mês	925,42
Restança de recursos (para saques)	140,00

Lançamentos: compras e saques

ANTONIO G SILVA (final 8424)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
07/05	REDEFARMA CAMPINA GRANDE	43,84
04/05	RECARGA P CLARO RIO DE JANEIRO	15,00
04/05	ALO GAS CAMPINA GRANDE	65,00
07/05	ULTRA POPULAR 01 CAMPINA GRANDE	78,11
07/05	RECARGA P CLARO RIO DE JANEIRO	15,00
07/05	FARMACIA DO TRABALHADOR CAMPINA GRANDE	18,99
08/05	MEGA BURG LANCHONETE CAMPINA GRANDE	21,50
10/05	CIRURGICA CAMPINENSE CAMPINA GRANDE	43,50

Continua...

38 Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Nome do Documento
Nome do Pagador (CPF/CNPJ)
Nome da Instituição (CPF/CNPJ)
Endereço do Beneficiário

34191.75330 93078.442048 00173.090002 3 000

00133930784/0086866
ANTONIO GERALDO DA SILVA - 451.611.354-68
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.730/0001-69
AV RUI BARBOSA, 251, P.A., GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome do Documento
Valor do Documento
Vencimento

recibo do pagador

17213930784-4
R\$ 948,19
13/06/2018

Assinatura do Beneficiário

CPF: 12.604.516/25-37 CARRETE 53, DE INTERMEDIAR
AV. PROF. ALBERTO DE OLIVEIRA, 65, JARDIM SÃO JOÃO, ZONA DE
P

COMPANHIA DE FOMENTO E INVESTIMENTOS

EXERCÍCIO DE 2018 - FOLHA 01

RUA LUIZ BELLEZ, 100 - 60520-000 - RECIFE

CPF: 000.000.000-00

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 543,19

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: 16/06/2018

VALOR RECEBIDO: R\$ 543,19

PAGAMENTO: 16/06/2018

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 543,19

PAGAMENTO

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 543,19

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 543,19

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 543,19

VALOR DA FOLHA: R\$ 543,19

**Receita Federal - PJ**

Nome GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JUNIOR	Não MARIA JOSE RODRIGUES MUNIZ	D. N 07/12/1991
CPF 091.840.104-60	Data Insc. CPF 30/01/2012	Título de Eleitor 41489471201
Sexo Masculino	Ano do Óbito N/I	Situação Cadastral Regular
Residente no exterior Não Residente	Código e País N/I	Código Ocupação N/I
Indicação ocupação principal N/I	Exercício natureza da ocupação e código ocupação principal N/I	Endereço RUA JOSE CLEMENTE DE AZEVEDO 135
Município - UF CAMPINA GRANDE - PB	CEP 58108303	Telefone N/I
Unidade Administrativa CAMPINA GRANDE	Indicativo de Estrangeiro Não é estrangeiro	Documentação médico - hospitalar 

Denatran - RENAVAM

Placa OFH3083	Município Emplacamento CAMPINA GRANDE-PB	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015/2015
Cor VERMELHA	Roubo/Furto Não	Chassi 9C2KC1650FR017178
Renavam 01041527796	Câmbio N/I	Motor KC16E5F017178
Combustível ALCOOL/GASOLINA	Capacidade de Passageiros 2	Nome Proprietário GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JÚNIOR
CPF/CNPJ do Proprietário 09184010460	Tipo do Veículo MOTOCICLETA	Situação do Veículo CIRCULACAO
Espécie do Veículo PASSAGEIRO	Categoria do Veículo PARTICULAR	Alarme Não
Quantidade de Eixos N/I	Capacidade de Carga do Veículo N/I	Capacidade de Tração do Veículo N/I
Peso Bruto do Veículo 0 29	Carruagem do Veículo NÃO APLICAVEL	Potência do Veículo 0
Cilindradas 149	Carroceria N/I	Chassi - N° Série 17178
N° do Eixo Auxiliar Original N/I	N° do Eixo Traseiro Original N/I	Data da Baixa N/I
Data da Declaração de Importação N/I	Data da Última Atualização 05/10/2017	Data da Última Atualização MRE N/I
Data de Emissão do Último CRV 10/10/2017	Data Limite da Restrição Tributária N/I	N° Processo de Importação N/I
Tipo Importação N/I	Tipo Documento do Importador INEXISTENTE	Comunicação de Venda Não
Leilão Não	Multa RENAVAM Não	Pendência de Emissão de CRV Não

*Restrições*

ALIENACAO FIDUCIARIA
SEM RESTRICAO
SEM RESTRICAO
SEM RESTRICAO

Restrição RFB

INEXISTENTE

Recall

Não
Não
Não

Recall de Montadora

Não

Restrição RENAUD

Não

Natureza Faturado

JURIDICA

Nº do Documento do Faturamento

08723181000196

Natureza do Importador

N/I

Nº da Declaração de Importação

N/I

Nº do Documento do Importador

N/I

Órgão da Declaração de Importação

INEXISTENTE

Nome Arrendatário

N/I

Nº do Documento do Arrendatário

N/I

Nº de Identificação do Proprietário Indicado

N/I

Origem do Proprietário Indicado

N/I

País de Transferência

INEXISTENTE

Nome Possuidor

GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JUNIOR

Nº Documento Possuidor

09184010460

Origem Possuidor

1

Procedência

NACIONAL

Registro Aduaneiro

N/I

Tipo de Documento do Proprietário

FISICA

Tipo de Documento do Proprietário Indicado

INEXISTENTE

Tipo de Remarcação do Chassi

NORMAL

UF de Jurisdição

PB

UF do Faturado

PB

O sigilo deste documento é protegido e controlado pela Lei Nº 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Antônio Geraldo da Silva</u>	
End: <u>Eulides Carvalhos Lima 195</u>	Bairro: <u>STº Rosa</u>
Data de Nascimento: <u>21 anos 23-08-41</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Atorpelecimento</u>	Data do Atend.: <u>16-08-17</u> Hora: <u>08:40</u> Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

Brúnia Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB. 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1488771 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

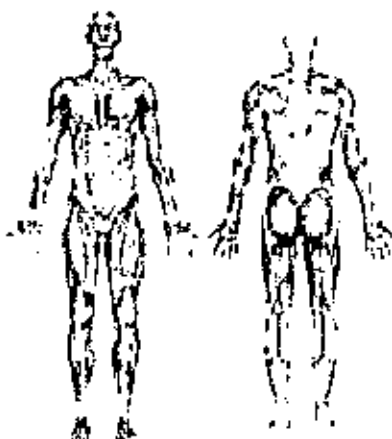
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Carolina Silva De Souza

PACIENTE: ANTONIO GERALDO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 23/08/1941

Endereço: EUCLIDES CAROLINO LIMA Sexo: M Telefone: 91448798
Cidade: Campina Grande Idade: 075 Bairro: SANTA ROSA
Nome da Mãe: MARIA ANA DA CONCEICAO RG: Nº: 145
Responsável: CPF: Profissão: APOSENTADO
Estado Civil: Viúvo(a) Data de Atend: 18/08/2017 CNS: 6764565
Motivo: ATROPELAMENTO Hora: 08:41:31 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: Especialidade:

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. Injuriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Escorregamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parosia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Atropelamento

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento por moto, queixando-se de dor em antebraço direito e perna direita. Não perda de consciência e não se exclui: F.O.R. consciente, orientado e cooperativo, sem alterações de nível de consciência: bom, depressivo e indolente a palpação.

ALÉRGIA:

Não

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Esotorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 130 X 90 HGT: 1,70 SatO2 97%

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às Dia 18/08/2017

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1000 - EV	08:41
2	Dipirona 1g - EV	08:41
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Assinatura]

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA
 vítima de atropelamento, com queixa
 de dor em antebraço direito e
 dor no punho, com dor e de-
 formidade do 1º metacarpo da
 mão direita e punho
 sempre nos casos de punho-
 flexão
 não há quadro clínico. punho
 e não há quadro clínico. punho
 punho punho punho punho

Giovanni Cesar Figueiredo
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM-4021 TEOT 6030

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

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

[Assinatura]
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Antônio Gamêlho da Silva Alojamento: 10 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/08/13	1. Sinal de trauma 2. Sinal de trauma 3. Sinal de trauma 4. Sinal de trauma 5. Sinal de trauma	18/08 18/08 18/08 18/08 18/08	1. Sinal de trauma 2. Sinal de trauma 3. Sinal de trauma 4. Sinal de trauma 5. Sinal de trauma
	Giovannini Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TECT 6030		Giovannini Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TECT 6030
			Sinal de trauma
			Giovannini Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TECT 6030

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Geraldo dos Santos Registro: _____ Leito: 3.2 Setor Atual: Unidade 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (☒) Local: M55 / MMTL (B) Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(☒) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Ex. T. R. D + Antibiótico.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 75 anos.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antônio Geraldo da Silva Registro: Leito: 3-2 Setor Atual: 08. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.5 °C; P: bpm; FR: 22 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 97 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Caleter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M56</u> Data da punção <u>21/08/17</u>	
Edema: () MMSS ☒ MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa ☒ Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Galtonomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>21</u> / <u>08</u> / <u>17</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: <u>Exatidão MIE</u>	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>após cirurgia</u> Curativo em: <u>22/08/17</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>21/08/17</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>21/08/17</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente ☒ Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente idoso com EGE, com Ex-Tibia (D) e Antebraço, em atendimento a procedimento cirúrgico da região do Antebraço omentado 24/08/17, e debridamento do ferimento do HTD. Paciente apresenta todos membros e vitais (bons). Segue em acompanhamento da equipe. Paciente faz uso de medicação contínua + Paracetamol/Aspirina e Rivotril e Rivotril.	
Paciente M. S. Nascimento Enfermeira COREN-PR 506357	
Paciente M. S. Nascimento Enfermeira COREN-PR 506357	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>23/08/17</u> HORA: _____ h	

Nome do Paciente <i>Antônio Geraldo da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24/08/73</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Eldemar</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Hallison</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Julio</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Yway</i>	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx segmentar tibial D. e Infecção Fx</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa + Desbridamento</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>S</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Paciente em DDIT sob anestesia
- ② Anestesia e antisepsia
- ③ Aplicação de campos estílicos
- ④ Colocação de fixador externo de tibia em MID
sob auxílio de escopio
- ⑤ Desbridamento de tecido necrótico e desvitalizado perna D
- ⑥ Lave Fx (1 SF 0,9%)
- ⑦ Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 5965



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Geraldo da Silva

foi atendido (às) hoje, às 180 (cento e oitenta)
horas, necessitando de 180 (cento e oitenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID M 84

Campina Grande, 25 / 04 / 18

Eldimar S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM: 6960 ECR 11502

Assinatura do Médico - CRM Nº

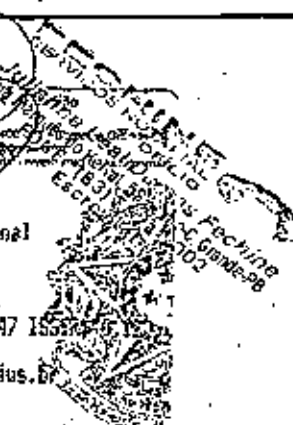
End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



Antônio Hamilton Fechine Dantas
Sarah da Silva Fechine - Tabela
R. Manoel do Herval, 56 - Centro - CEP: 58000-000
Tel: (31) 3321-3000

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande, 04/07/2018 13:55:50
Juliana Leal Dantas Fechine - Escrevente
(2018-0185461) ENCL: R\$ 2,37 FAPEN: R\$ 0,28 FLP: R\$ 0,47 ISS: R\$ 0,12
SELO DIGITAL: WNC20521-XY11
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que ANTÔNIO C. da SILVA

foi atendido (às) hoje, às 120 (Dois e vinte)
horas, necessitando de 120 (Dois e vinte)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52 + S82/M84

Campina Grande, 11 / 7 / 18

Eldimar S. de Araújo
Oste. C. R. 11502
CRM: 68.000.11502

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 904

FECHINE
SERVIÇO NOTARIAL
J. A. G. G. G.
LIGALIDADE E UTILIDADE
FACILIDADE PRODUÇÃO - RECONHECIMENTO DE FIRMAS - DOUTAS AUTENTICADAS - DIVULGAÇÃO - TESTAMENTO - PROTESTO - ATAS NOTARIAIS

Antônio Hamilton Fechine Dantas - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabelã
R. Manoel de Heráclio, 58 - Centro - CEP: 58400-007 - Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3321-3002 - fechine@fechine.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 11/07/2018 12:39:01
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
(2018-0196447) EMPL: 2.37 FAPEN: 0.28 FEPI: 0.47 ISS: 0.1
SELO DIGITAL: 44F02701-943V
Confira a autenticidade em <https://selodigital.fecine.com.br>

FECHINE
SERVIÇO NOTARIAL
J. A. G. G. G.
LIGALIDADE E UTILIDADE
FACILIDADE PRODUÇÃO - RECONHECIMENTO DE FIRMAS - DOUTAS AUTENTICADAS - DIVULGAÇÃO - TESTAMENTO - PROTESTO - ATAS NOTARIAIS

Matheus de Paula Aires de Queiroz
R. Manoel de Heráclio, 58 - Centro - CEP: 58400-007 - Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3321-3002 - fechine@fechine.com.br



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Américo G. da Silva

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 180 (cento e oitenta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52 + S82

Campina Grande, 18 / 08 / 17

Eláimán S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM: 6960 - IEO: 11502

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

FECHADO

SELO DIGITAL

H. Maciel de Sá, 58 - Centro, 58100-000 Campina Grande, Paraíba - Telefone: (31) 3333-1111
E-mail: hmaciel@hmaciel.com.br

Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Campina Grande - PB 19/02/2018 15:01:21

Shirlaine de Sousa Melo - Escrevente

[2018-005567] EML: R\$ 2,37 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 0,47 ISS: R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AGL35678-PHSG

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipt.jus.br>

FECHADO
SERVIÇO DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO
SECRETARIA DE SAÚDE
Shirlaine de Sousa Melo
Escritor(a) - 1-3092

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

MAIOR DE 65 ANOS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VAL DA ENTREGA DE TITULO NACIONAL

1.093.883 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 16/11/2006

ANTONIO GERALDO DA SILVA

JOSE GERALDO DA SILVA
MARIA ANA DA CONCEIÇÃO

LOCALIDADE LAGOA SECA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/08/1941

POSS. ORIENT. 2884 PLS. 5197 LTA. 07-A
CARTÃO LAGOA SECA-PB
451.611.354-68

APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO

LEI Nº 115 DE

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

451.611.354-68

ANTONIO GERALDO DA SILVA

Assinatura

Cartão de inscrição para o sistema de identificação

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

CORREIOS

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: Alessandra Magalhães
Enviado em: segunda-feira, 23 de março de 2020 15:11
Para: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Assunto: ENC: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)
Anexos: Arquivos referentes ao sinistro 3190357064 / gproc: Cris

Cris,

Segue documentação em anexo.

Alessandra Magalhães

Operação Correio

Alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Enviada em: segunda-feira, 23 de março de 2020 12:41
Para: Alessandra Magalhães <alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)

Alessandra,

Vê esse caso por favor, trata-se de um sinistro cadastrado a natureza incorreta efetuado em 2019, para que seja feito a natureza correta peço enviar o arquivo com os documentos, tendo em vista eu não possuir senha do endocsin.

No entanto a datas de reclamação e último documentos permanecera a sis tendo em vista ser erro nosso.

De: Carlos Pereira
Enviada em: sexta-feira, 20 de março de 2020 17:52
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)
Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde.

Reiteramos a solicitação.

Att.

Carlos Pereira.

De: Carlos Pereira

Enviada em: terça-feira, 17 de março de 2020 14:56

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <Cristina.alves@seguradoralider.com.br>

Assunto: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)

Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde.

Favor cadastrar o processo para a natureza de invalidez.

Reclamante afirma que reclamou a natureza de invalidez e cadastraram dams.

"TRATA-SE DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE E NÃO DE DAMS, O PROCESSO ESTÁ SENDO ANALISADO COMO SE FOSSE DAMS, FAVOR CORRIGIR, POIS EXISTE LAUDO MEDICO NA DOCUMENTAÇÃO INFORMANDO QUE É INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE. FAVOR AGILIZAR RESPOSTA."

Att.

Carlos Pereira

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

carlos.pereira@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4041



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128699 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.(PÁG.10)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101563/20

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

CPF: 451.611.354-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO GERALDO DA SILVA : 451.611.354-68

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: 24/03/2020
Nome: ANTONIO GERALDO DA SILVA
CPF: 451.611.354-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

ANTONIO GERALDO DA SILVA

Cristina Limeira Alves