

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIANO DA SILVA CAMILO**

Nº Sinistro: **3180424718**

Vitima: **FLAVIANO DA SILVA CAMILO**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424718**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13361947



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIANO DA SILVA CAMILO**  
Nº Sinistro: **3180424718**  
Vitima: **FLAVIANO DA SILVA CAMILO**  
Data do Acidente: **22/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180424718**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13471283



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 119.343.262-29 CPF da Vítima: 119.343.262-29 Nome completo da vítima: Flaviano da Silva Camilo

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Flaviano da Silva Camilo</span>		CPF titular da conta <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">119.343.262-29</span>	Profissão <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Recluso</span>
Endereço <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rua Comero - João Venerando de Lima</span>		Número <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">138</span>	Complemento <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AP 202</span>
Bairro <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mangabeira</span>	Cidade <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">João Pessoa</span>	Estado <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PB</span>	CEP <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">58056-780</span>
Email	Telefone (DDD) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">(83) 98708-8728</span>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3487</span> DV <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	<b>CONTA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">36926</span> DV <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</span>
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<b>BANCO</b> Nome <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> DV <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	<b>CONTA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> DV <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.  
Local e Data

Flaviano da Silva Camilo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA  
CONTA POUPANÇA FÁCIL

27/03/2018

CONVENIO  
OPERADOR

000606340  
ariadne

CONTA 3487 013 00036926-7  
NOME FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
CPF 11934326429

COD OPERACAO 86400332

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO









Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Noticiante

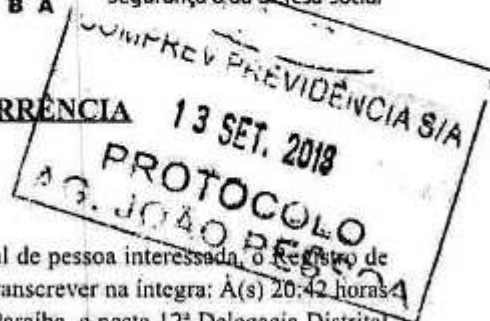






**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08034.01.2018.1.01.012**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08034.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:42 horas do dia 11 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Flaviano da Silva Camilo**, conhecido(a) por Flaviano, CPF nº 119.343.264-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josefa Izabel da Silva Camilo e Francisco Mendes Camilo, natural de Itaporanga/PB, nascido(a) em 26/06/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Comerciante João Venerando Lima, Nº 138, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL ALENCAR, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo a Praça do Coqueiral Em Mangabeira Por Dentro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 87088-728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Principal da Cidade Verde, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Supermercado Assis, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/04/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**, CPB ART. 129 § 1º: **LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE**, CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: **LESÃO CORPORAL DOLOSA**, CPB ART. 129 CAPUT: **LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2014, placa OXO-9106, chassi 9C2JC4110ER706923, renavam 0059919759-5, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 014200576666; nº. P.r.t.: 20180000295006-9; nº. Lacre: 0039875598; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fudiciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Antonio Alves da Rocha Filho.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO FOI TRANCADO POR UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO E COLIDIU NA LATERAL DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR E O VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO AO DECLARANTE, E QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DESTA CIDADE, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, C.R.M./PB 1873, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

**ADENDO(S):**

Que na data 11/09/2018, à(s) 21:49 horas, na 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A TIPIFICAÇÃO DO FATO, EM TESE, ESTÁ CAPITULADA NOS SEGUINTE QUATROS (04) ARTIGOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO (CPB): 1) ARTIGO 129 § 6º C/C ARTIGO 18, INCISO II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**; 2) ARTIGO 129 § 1º: **LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE**; 3) ARTIGO 129 CAPUT: **LESÃO CORPORAL**; 4) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de

Procedimento Policial: 08034.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba

Sec. de Segurança Pública

Alexandre J. N. de Souto Lima

Comissário - Mat. 157.356-0

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Noticiante





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Flaviano da Silva Camilo</i>	CPF da Vítima <i>119.343.262-29</i>	Data do Acidente <i>22/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

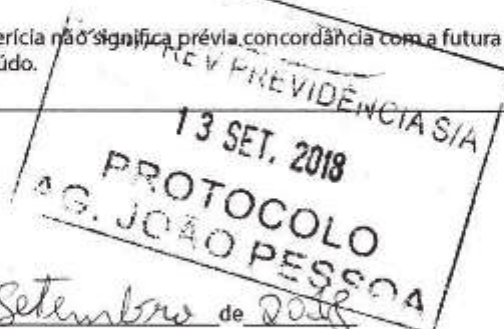
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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.

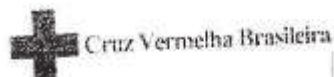
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



*João Pessoa, 13 de Setembro de 2018*  
Local e Data

<i>* Flaviano da Silva Camilo</i> Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	<i>Flaviano da Silva Camilo</i> Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	--





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1077395



Identificação do paciente			
ID 1282722	Nome FLAVIANO DA SILVA CAMILO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21 anos 11 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO	Pai FRANCISCO MENDES CAMILO		Prontuário 108377
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986655292	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111598	Nº Cns	
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade ITAPORANGA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58056480	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número 136	Complemento APART-202	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 22/04/2018 19:08:27	Número da pulseira 1000005157166	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrassonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			
CID A			
Tempo 53seg			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Imprimir

# 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: 27/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000036926-7

---

Nr. da Autenticação C9E9715E987E6319



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Serviço para simplificar pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. Nº 010.071.468

## DADOS DO CLIENTE

FABENISIA DA SILVA CAMILO

RUA COMERC JOAO VENERANDO DE LIMA 138 AP 202

JOAO PESSOA

*Fangabreina*

*58056-780*

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1658411-2**

## REFERÊNCIA

**JUL/2018**

## APRESENTAÇÃO

**25/07/2018**

## CONSUMO

**219**

## VENCIMENTO

**01/08/2018**

## TOTAL A PAGAR

**R\$ 194,39**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTINATÁRIO

FABENISIA DA SILVA CAMILO

Roteiro: 14-005-376-1624

83660000001-9 94390149000-4 16584112018-2 07700005019-3

## VENCIMENTO

01/08/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 194,39

## MATRÍCULA

1658411 2018: 07.7




## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Almar da Rocha Filho,  
RG nº 778933 SSP/PB, data de expedição 06/09/2018  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 323.545.094-72, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, nº 1931,  
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 Flaviano da Silva Camilo, cujo o condutor era  
Flaviano da Silva Camilo.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: HONDA/CG FAN KS  
Ano: 2013/2014  
Placa: OX09106/PB  
Chassi: 9C27C411DER706923  
Data do Acidente: 22/02/2018  
Local e Data: João Pessoa, 06/09/2018


Antonio Almar da Rocha Filho  
Assinatura do Declarante

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

 **Cartório Garibaldi**  
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640  
Tamborizinho - João Pessoa - Paraíba  
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ANTONIO ALVES DA ROCHA FILHO(118047)). Em test. de verdade. Data: 06/09/2018 09:57:22.  
BRUNNA GARIBALDI E. S. DE PINHO - Substituto  
Vlr R\$12,10, Fepj R\$1,89, Farpem R\$0,28, ISS R\$0,47  
Condutor: NIVALCI, Selo Digital: NHL60603-W05E - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.gov.br>

  
Adriene Garibaldi  
Emp. Selo e P. de  
TABELIA  
JOÃO PESSOA PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
DATA DE NASCIMENTO 26/06/96  
NOME DA MÃE JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 108377  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1077395  
DATA DO ATENDIMENTO 22/04/18  
HORA DO ATENDIMENTO 19:08  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR DIREITO  
CID 10 S72.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E FERIMENTO NO JOELHO DIREITO E DOR NA COXA DIREITA. REF. CONTUSÃO CRANIO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITA , RX DE TORAX, RX BACIA, RX JOELHO DIR. , RX PERNA DIR.  
TC DE CRANIO  
USG(FAST)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA- FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 11/05/18  
DATA DA EMISSÃO: 16/07/18



*Elivaldo Sales de Toledo*  
Cirurgião Geral  
CVB/HEETSHL  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO  
CRM: 1873/PB

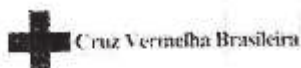


## Documento de Alta

<b>Nome:</b> FLAVIANO DA SILVA CAMILO		<b>Número Prontuário:</b> 108377
<b>Data de</b> 26/06/1996	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 22/04/2018 23:52:28
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA		<b>Data de Alta:</b> 11/05/2018 14:51:53
<b>Conduta:</b> PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
<b>Resultado de Exames:</b> PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO HA 2 DIAS. EQUIPE CIRURGICA DO DR KARTNEY EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD ALTA MEDICA		
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSINTESE DO FEMUR DISTAL		
<b>Diagnóstico:</b> 31.2.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur		
<b>Recomendações:</b> CLEXANE, CEFALEXINA, MANTER A TALA, AINE, RETORNO COM DR KARTNEY		

Data: 11/05/2018

Dr. C. T. T. Torres  
Clínica Cirúrgica de Urgência  
Rua - PB 7232/TEC 13349BRÉNO COUTINHO TORRES  
CRM: 7232 - PBCOMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1077395



### Identificação do paciente

ID 1282722	Nome FLAVIANO DA SILVA CAMILO	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21 anos 9 meses 27 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO	Pai FRANCISCO MENDES CAMILO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) FABENILDA DA SILVA CAMILO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986655292	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111598	Nº Cns
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ITAPORANGA	CBO/R

### Endereço

CEP 58056480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número 136	Complemento APART-202	Bairro MANGABEIRA	

### Admissão

Data e Hora 22/04/2018 19:08:27	Número da pulseira 1000005157166	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente vitoso consciente de tudo, apresenta  
trauma fratura MID.

Diagnóstico

Atendido por  
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir

Sr. Joana de Oliveira  
Enfermeira  
COREN 22760

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>FLAVIANO DA SILVA CAMILO</b>	SAE <b>1077395</b>	Data/Hora Entrada <b>22/04/2018 19:08:27</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>26/06/1996</b>	Idade <b>21a 9m 28d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986655292</b>
Endereço <b>COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>96031</b>
Data/Hora Classificação <b>22/04/2018 19:08:27</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/04/2018 21:26:50</b>	

## Anamnese

## ORTOPEDIA#

paciente vítima de acidente de moto há cerca de 2h, com queixa de dor e ferimento no joelho D.

o exame apresenta lesão de partes moles no joelho D, com limitação funcional. Sem lesão arterial. Sem síndrome compartimental.

RX: Fratura do fêmur distal D.

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;11MMHG

E/OU PAS&gt;16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT &lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

registrado por: AYLIA NICOLLE FERNANDES GOMES em 22/04/2018 19:08:27

TENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MG/TS)

Diluir

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

**CID10**

Código

Descrição

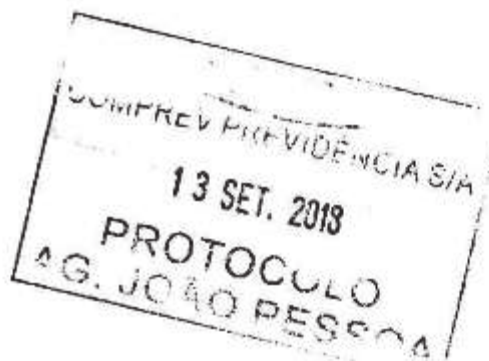
72.4 Fratura da extremidade distal do fêmur

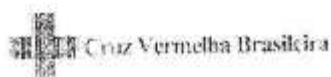
**Conduta**

Internar Paciente

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Dr Francinêlio Freitas  
Médico  
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS  
(CRM: 2603703404519057800)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISE OA. S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel.

CNES: 6121221

Paciente: <b>FLAVIANO DA SILVA CAMILO</b>		BAE <b>1077395</b>	Data/Hora Entrada <b>22/04/2018 19:08:27</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>26/06/1996</b>	Idade <b>21a 9m 27d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986655292</b>
Nome <b>JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO</b>		Prontuário		
Endereço <b>COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/04/2018 19:08:27</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/04/2018 20:55:27</b>		

## Neurocirurgião

Neurocirurgia\*\*\*\*\*

ACIDENTE DE MOTO

SEM SINAIS DE TCE

MEGALOR EM COLUNA VERTEBRAL

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA ORTOPEDIA (TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA)

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>FLAVIANO DA SILVA CAMILO</b>		RAE <b>1077395</b>	Data/Hora Entrada <b>22/04/2018 19:08:27</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>26/06/1936</b>	Idade <b>2ª a 9m 27d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986555292</b>
MPE <b>JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO</b>				Prontuário
Endereço <b>COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Arquivo <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Responsal <b>6628/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>22/04/2018 19:08:27</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/04/2018 20:55:27</b>		

### Anamnese

\*\*\* Neurocirurgia\*\*\*\*\*

ACIDENTE DE MOTO

SEM SINAIS DE TCE

NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

CO: ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA ORTOPEDIA (TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA)

**Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**

Conclusão

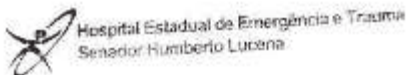
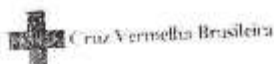
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)







AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO SSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>FLAVIANO DA SILVA CAMILO</b>	BAE 1077395	Data/Hora Entrada 22/04/2018 19:08:27	Data Baixa
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21+ 9m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986655292
Mãe <b>JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional 92701
Data/Hora Classificação 22/04/2018 19:08:27		Data/Hora Prescrição 22/04/2018 19:27:17	

**Anamnese**

# CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COLISÃO MOTOXCARRO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS SEM COLAR CERVICAL, COM TRAUMA CORTOCONTUSO EM JOELHO DIREITO.

- A) VIAS AEREA PERVIAS
- B) MV PRESENTE EM AMEOS HTX
- C) FC 100, PA 123/79
- D) GLASGOW 15
- E) ABDOME NÃO DOLOROSO A PALPAÇÃO

CD PRIMEIRO ATENDIMENTO, TC DE CRANIO, RX TORAX, FAST E RX DE BACIA, RX DE MID E JOELHO DIREITO O, PARECER DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA.

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 9,0 (MGTSM)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

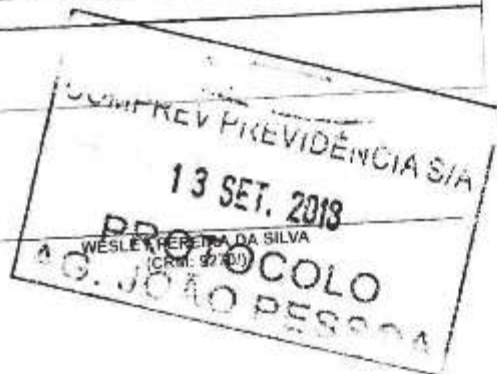
**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

Dr. Wesley Pereira da Silva  
Médico Residente de Cirurgia Geral  
CRM-PB 92701  
FLAVIANO DA SILVA CAMILO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>FLAVIANO DA SILVA CAMILO</b>	BAE 1077395	Data/Hora Entrada 22/04/2018 19:08:27	Data Baixa
Data de nascimento 26/06/1996	Idade 21a 9m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO</b>			Telefone de Contato (83) 986655292
Endereço <b>COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202</b>	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS</b>	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 22/04/2018 19:08:27		Data/Hora Prescrição 22/04/2018 23:28:02	

**Anamnese**

Realizado tratamento cirurgico de fratura exposta de condilo medial femoral D.

CD.: Adiciono metronidazol.

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;11MMHG E/OU PAS&gt;16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT &lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

OPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

Não registrado por: ÁYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 22/04/2018 19:09:20



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MG TSM)	
Diluir	
GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MG TSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)	
Diluir	
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H	
METRONIDAZOL 500MG/ 100ML BOLSA, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, POR 14 DIA(S)	
HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML), ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0.0 (MG TSM)	
<b>CUIDADOS</b>	
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)	
HGT 6/6HS	
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
<b>Conduta</b>	
Internar Paciente	

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Dr Francinelo Freitas  
Médico  
CRM PP 9603  
FRANCINELO DA SILVA FREITAS  
QNE 1308/5008A FREITAS  
(CRM: 9603/)









SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 311 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

DDD

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SET. 2013  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF

Daniel Conserva  
MÉDICO  
CRM 11134

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF



Nome: Flaviano de Silva Lima BE/Prontuário: 1077345  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ho cirurgia de fixação de fratura distal  
 Cirurgião: Dr. Xortny 1º Assistente: Dr. Alexandre  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Soraia  
 Tipo de Anestesia: Psqui Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr de fêmur @ Distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ho cirurgia para fratura distal de fêmur @</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ☒ ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa, 9/15/18

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pt DDA sob ragnu anosh  
anestesia + O2  
Aplicação das camadas  
injet antes model de joelho ①

Incisão:

Ex de femur distal ① com preta e paraf  
+ superfície articular  
fixação proximal com fio K + escopir  
fixação distal com fio condutidos 2 preta

Achados:

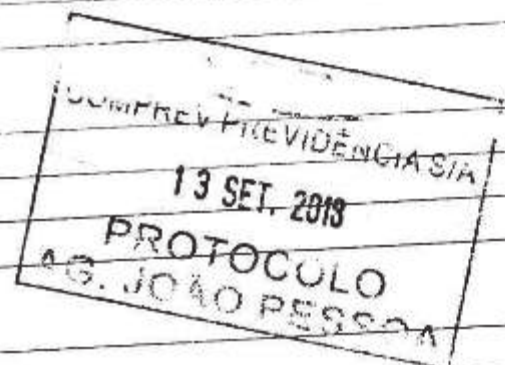
fechamento por planos.  
Linha est.

Ra de controle

Conduta:

Fechamento:

Observação:



  
Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa, 9 15 18

Médico/CRM:



# Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **FLAVIANO DA SILVA CAMILO**  
 IDADE: **21** SEXO: **M** ENDEREÇO: **17** LEITO: **06**  
 CIRURGIÃO: **DR. KATNEY** ANESTESISTA: **DR. ALEXANDRE**  
 ANESTESIA: **RAQUI**  
 ANESTESISTA: **DR. MAMA DO SOCORRO**  
 INSTRUMENTADOR: **GRIELME**  
 D. 09/05/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **5:50** CIRURGIA INÍCIO: **17:40**

INDIC. DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I (ASA II) ASA III (ASA IV) ASA V (ASA VI)  
 GRAD. DE CONTAMINAÇÃO: 1 (LIMPA) 2 (CONTAMINADA) 3 (INFECTADA) 4 (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		MATERIAIS CONT.		FIOS	
	QTD.		QTD.		QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	20
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº12	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	10
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S. VASO		LÚVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LÚVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S. VASO		LÚVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MDAZOLAN	1	LÚVA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	LÚVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NIMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	20
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXILINA	11	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
CLORÍDIO SÓDICO	11	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFELEN		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GEL 1%		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		( ) ASPIRADOR	
PROSTIGAMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		( ) CAPNOGRÁFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES		( ) DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		( ) FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº4		( ) MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) O.P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

EX 4.5 - TAG 01  
 EX 00100 70 01  
 TAG 01  
 PARAFUSOS CORTICAIS CURTA Nº 75 - TAG 01  
 II LONGA Nº 85 - 01

13 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 DR. JOÃO PESSOA

Manoel Ferreira da Silva Filho  
 Téc. Enfermagem  
 CRP 021125/72416





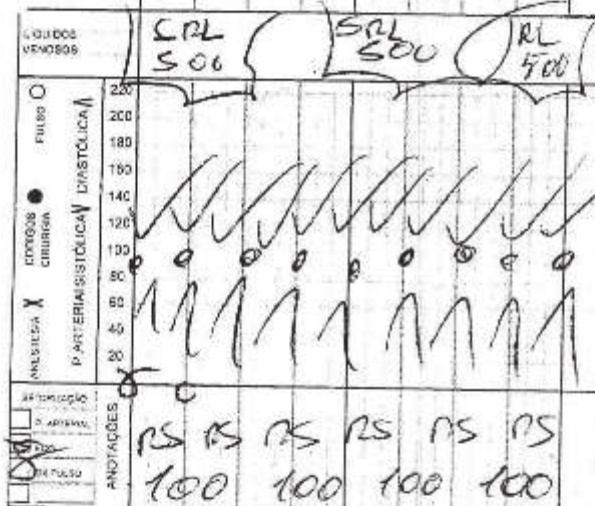
DATA: 09.65478

PRONTUÁRIO: 1077395

PACIENTE: <b>Plavione da Silva Camelo</b>		SEXO: <b>M</b>	FRONTAL: <b>104553</b>	IDADE: <b>27</b>
PRESSÃO ARTERIAL: <b>130 x 80</b>	PULSO: <b>67</b>	RESPIRAÇÃO: <b>Eupneica</b>	TEMPERATURA: <b></b>	PESO: <b></b>
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: <b>URU</b>				
AP. RESPIRATÓRIO: <b>ML 4 SINA</b>		AP. CIRCULATÓRIO: <b>RCA em 21 CUB</b>		
AP. DIGESTIVO: <b>Jejum</b>	ESTADO MENTAL: <b>Noté</b>	DROGAS EM USO: <b></b>		
PRÉ-ANESTÉSICO: <b>União</b>	DOSE/HORA: <b></b>		ESTADO FÍSICO (ASA): <b>#</b>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <b>Fratura Fêmur Distal Sangramento, tipo Direita</b>				
CIRURGIA REALIZADA: <b>Tratamento Cirúrgico Fratura Fêmur Distal Direita</b>				
CIRURGIÃO: <b>Dr. Raimundo</b>	AUXILIARES: <b>Dr. Alexandre</b>			
INÍCIO DA ANESTESIA: <b>15:30</b>	TÉRMINO DA ANESTESIA: <b></b>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <b></b>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>Artro do Saco de Sossa</b>	QUANT. DE CH.: <b></b>		VALORES RS: <b></b>	
ANESTESISTA: <b>Dr. Alexandre</b>	CPF: <b>160.467.814-34</b>		CRM-PB: <b>1811</b>	

AGENTES-05-26

0.226  
2.0



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RACIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOO PLEXO ☐ BLOO NERVEO ☐ OUTRO

TECNICA: Carbono activo

21039

Volume 100, 2002

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE		MEDICAMENTOS E MATERIAIS	
NACEL		1 Midazolam 5mg	11
SANGUE		2 Fentanyl 100 mcg	12
RINGER	<input type="checkbox"/>	3 Clonidina 5g	13
TOTAL		4 Novo metabens 1mg	14
DESCRIÇÃO DO PACIENTE		5 Pinbromo 2g	15
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA		6 Bupivacaína 0,25% 200ml	16
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESCÊNCIA		7 Dexametasona 0,25% 100mg	17
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS		8	18
		9	19
		10	20

**OBSERVACÕES IMPORTANTES**

[illegible]

! ASSINATURA DO ANALISTA

F:\NGI\ASCE\029





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Flaviano do Silva Carrilho BE/Prontuário: 70773395

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Cor: \_\_\_\_\_ Data: 22/04/18

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura exposta do condilo femoral medial @

Cirurgião: Dr. Frederico Balistracci 1º Assistente: Dr. Francinello (R1)

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta do condilo medial fem-oral @</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de FX de condilo medial @ exposto:</u>	
<u>LNC + arbedramento.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Francinello Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
R. 703404579057800

João Pessoa, 22/04/18



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em DDH sob anestesia  
2. Lavagem insdial co - espon + cloroxidina + SF 0,9%  
3. Amputação + antiseptização + curativos estéreis.

Incisão:

1. Ampliação da ferida existente

Achados:

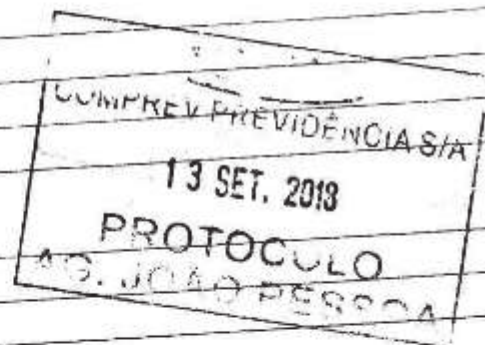
1. Fratura de condilo medial do fêmur D. aberta.  
2. Presença de material contaminado no interior da ferida

Conduta:

1. Lavagem extensiva com SF 0,9%  
2. Desbridamento de tecido desvitalizado  
3. Sutura da cápsula articular.  
4. Sutura por planos e - tórnica  
5. Curativo estéril.  
6. DT - observação  
7. RX de controle.

Fechamento:

Observação:



Dr Francinelo Freitas  
Médico  
CRM/PB 9603  
CNS 70340457905780r

João Pessoa, 22-09-15

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	<p>1. Paciente em DDH sob anestesia</p> <p>2. Lavagem vaginal com solução + cloroquina + SF 0,9%</p> <p>3. Ampliação + antissepsia + campos estéreis.</p>
<b>Incisão:</b>	<p>4. Ampliação da ferida existente</p>
<b>Achados:</b>	<p>5. Fratura do condilo medial do fêmur @ aposta.</p> <p>6. Presença de material cartilaginoso no interior da ferida</p>
<b>Conduta:</b>	<p>7. Lavagem da ferida com SF 0,9%</p> <p>8. Desbridamento de tecido desvitalizado</p> <p>9. Sutura da cápsula articular.</p> <p>10. Sutura por planos e atômica</p> <p>11. Curativo estéril.</p> <p>12. T. - observação</p> <p>13. RX de controle.</p>
<b>Fechamento:</b>	
<b>Observação:</b>	<p>IMPRESSO PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>13 SET. 2013</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>13. JOÃO PESSOA</p>

Médico/CRM:

Dr Francinêlio Freitas  
Médico  
CRM/PB 9603  
CNS 79340457905780r

João Pessoa, 22/09/15





CRUZ VERDEIRA  
BRASIL

# Nota de Sala Cirúrgica



HEF TSHL

NOME DO PACIENTE Flaviano de Silva Lima  
 IDADE 21 BE 1077395 ENFERMARIA LEITO  
 CIRURGIÃO Dr. Frederico Rogui + Andreau  
 ANESTESIA Dr. Figueira  
 INSTRUMENTADOR 22 FIM 23:00  
 DATA 22/04/18 TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO 22 FIM 23:00  
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
FENTANILA			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		1	JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
ETAMINA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
ETOMIDATO			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
ENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
FENTANILA			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.			FIO POLIGLACTINA Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº1,0			FIO POLIPROPILENO Nº		
MIDAZOLAM			LUVAS ESTÉRIL Nº1,5			FIO POLIPROPILENO Nº		
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº2,0			FIO POLIPROPILENO Nº		
NMBIUM			MÁSCARA CIRÚRGICA			FIO POLIPROPILENO Nº		
PANCURÔNIO			MÚLTIPLOS			FIO POLIPROPILENO Nº		
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			FIO POLIPROPILENO Nº		
PROPÓFOL			SCALP Nº19			FIO POLIPROPILENO Nº		
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			FIO POLIPROPILENO Nº		
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO POLIPROPILENO Nº		
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO POLIPROPILENO Nº		
SUXXAMETONIO			SERINGA 10ML			FIO POLIPROPILENO Nº		
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			FIO POLIPROPILENO Nº		
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº4			FIO POLIPROPILENO Nº		
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			FIO POLIPROPILENO Nº		
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			FIO POLIPROPILENO Nº		
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			FIO POLIPROPILENO Nº		
CEFALOTRINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			FIO POLIPROPILENO Nº		
DEXAMETASONA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			FIO POLIPROPILENO Nº		
DIPIRONA SÓDICA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			FIO POLIPROPILENO Nº		
EPIEDRONA			SONDA NASOG. CURTA			FIO POLIPROPILENO Nº		
FUROSEMIDA			SONDA NASOG. LONGA			FIO POLIPROPILENO Nº		
GLICOSE 50%			SONDA URETRAL Nº			FIO POLIPROPILENO Nº		
GLUCONATO DE CÁLCIO			TORNEIRINHA			FIO POLIPROPILENO Nº		
HIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA GELÉIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			FIO POLIPROPILENO Nº		
ONDASENTRONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			FIO POLIPROPILENO Nº		
PLASO			TUBO SILICONE (LATEX)			FIO POLIPROPILENO Nº		
PROSTIGMINE			EQUIPO MACROGOTAS			FIO POLIPROPILENO Nº		
PROTAMINA			EQUIPO TRANSF. SANGUE			FIO POLIPROPILENO Nº		
TENOXICAN			EQUIPO MICROGOTAS			FIO POLIPROPILENO Nº		
			ESPONJA DE PVPI			FIO POLIPROPILENO Nº		
			ESPARADRAPO			FIO POLIPROPILENO Nº		
			GAZES			FIO POLIPROPILENO Nº		
			GAZES ALGODÃO			FIO POLIPROPILENO Nº		
			GEL. ELETROLÍTICO			FIO POLIPROPILENO Nº		
			JELCO Nº16			FIO POLIPROPILENO Nº		
			JELCO Nº18			FIO POLIPROPILENO Nº		

13 SET 2018  
 PROTOCOLO  
 PESSOA

CIRCULANTE  
 Imprima Data 12/05/18  
 FING/ASCIR.01





UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/04/18

PRONTUÁRIO: 1047395

PACIENTE: Therese da Silva Gomes

SEXO: M

COR:

IDADE: 21a

PRESSÃO ARTERIAL 165x90 PULSO 80 RESPIRAÇÃO  TEMPERATURA  PESO  GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (☒ BOM) (☐ REGULAR) (☐ MAU) (☐ PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (☒ BOM) (☐ REGULAR) (☐ MAU) (☐ PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO supraco

AP. CIRCULATÓRIO estável

AP. DIGESTIVO desconhecido

ESTADO MENTAL consciente

DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO 2x expostas em MID (conduto medial e medial)

CIRURGIA REALIZADA 110 cirurgia plástica exposta em MID.

CIRURGIÃO  AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 01:50

TÉRMINO DA ANESTESIA 22:50

DURAÇÃO DA ANESTESIA 1 hora

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Luis

CPF

CRM-PB

Therese Kethwald  
MÉDICO  
CRM 11790

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50

INÍCIO 01:50 22:50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

*Flaviano da Silva Camilo*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.111.598 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/03/2017

NOME  
FLAVIANO DA SILVA CAMILO

FILIAÇÃO  
FRANCISCO MENDES CAMILO  
JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO

NATURALIDADE  
ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 26/06/1996

DOC ORGEM  
CERT. NASC. Nº 18502 - LIVA-18 - FLS. 122 - CARTÓRIO  
ITAPORANGA PB

CPF  
119.343.264-29

Endereço: PB

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

Validade: 29/08/83

O+

UNIDADE DE PREVIDÊNCIA S/A

13 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200576666  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 20180000295006-8

VIA 1 COD. RENAVAM 0059919759-5 R.N.T.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME

ANTONIO ALVES DA ROCHA FILHO

CPF / CNPJ

32354509472

PLACA

OXO9106/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PB

CHASSI

9C2JC4110ER706923

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2014

CAP / POT / CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

1ª

IPVA

FAIXA I.R.V.A.

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

04/07/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB LOCAL

DATA

09/07/2018

37842



*Assinatura*  
Assinatura do titular do veículo  
Diretor Subordinado - DETRAN/PB

15733

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

PB Nº 014200576666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

09/07/2018

VIA

1

CPF / CNPJ

32354509472

PLACA

OXO9106/PB

RENAVAM

0599197595

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2013

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2JC4110ER706923

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

\*\*\*\*\*

DENATRAM (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGO

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

04/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04

15733-1149431-20180709

13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180424718 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1


**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334730/18

Número do Sinistro: 3180424718

Vítima: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

CPF: 119.343.264-29

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: FLAVIANO DA SILVA  
CAMILO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018  
Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
CPF: 119.343.264-29

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180424718 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180424718 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334730/18

**Número do Sinistro:** 3180424718

**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 119.343.264-29

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018  
Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
CPF: 119.343.264-29

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334730/18

**Número do Sinistro:** 3180424718

**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 119.343.264-29

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018  
Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
CPF: 119.343.264-29

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334730/18

**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 119.343.264-29

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**Titular do CPF:** FLAVIANO DA SILVA CAMILO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FLAVIANO DA SILVA CAMILO : 119.343.264-29**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018  
Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO  
CPF: 119.343.264-29

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA