
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



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



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

CPF da Vítima

159.343.264-29

Nome completo da vítima

Fláviano da Silva Camilo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Fláviano da Silva Camilo	CPF titular da conta	159.343.264-29	Profissão	Relevo -
Endereço	Rua Comercio - João Venerando de Lima	Número	138	Complemento	AP 202 -
Bairro	Mangabeira	Cidade	Juiz de Fora	Estado	PB
Email		CEP	58056-480	Telefone (DDD)	(83) 98708-8728

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

■ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

3487

D/V

36926

(Informar dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)</

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

27/03/2018

CONVENIO 000606340
OPERADOR ariadne

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

COD OPERACAO 86400332

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08034.01.2018.1.01.012

13 SET. 2018

PROTOCOLO
13 SET. 2018

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, 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: N°. C.r.l.v.: 014200576666; n°. P.r.t.: 20180000295006-9; n°. 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 POLICIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, C.R.M./PB 1873, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA 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 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia 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 SEGUINTES 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



Investigacao, matricula: 1573560.

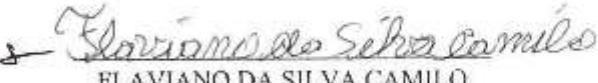
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigacao

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

13 SET. 2018
PROTÓCOLO
13. JG 40 PEG

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 12º 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 Dominio; 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 POLICIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, C.R.M./PB 1873, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA 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 12º 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 SEGUINTES 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

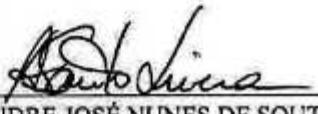
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1^ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12^ª Delegacia Distrital da Capital

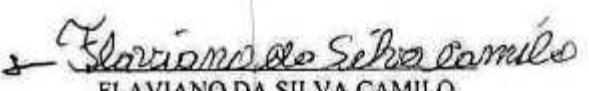


Investigacao, matrícula: 1573560.

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


FLÁVIANO 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

Flaviane da Silva Camilo

CPF da Vítima

111.343.264-29

Data do Acidente

22/07/2018

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.

13 SET. 2018

PROTOCOLO
CG. JOÃO PESSOA

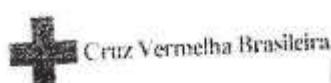
Local e Data

Jean Pessoa, 13 de Setembro de 2018

** Flaviane da Silva Camilo*

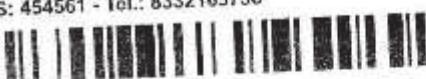
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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	Prontuário 108377
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO				Pai FRANCISCO MENDES CAMILO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986655292	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4111598	Nº Crs		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	
E-mail	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
Veio de transporte ESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

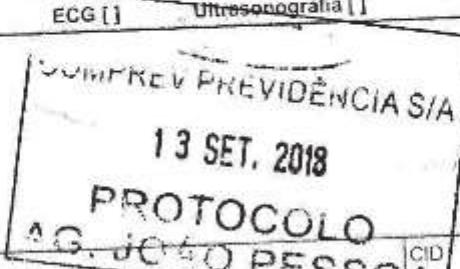
Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos



Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMESCID
ATempo
53seg

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: 00000036926-7

Nr. da Autenticação C9E9715E987E6319

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Retirar para simples pagamento da nota fiscalizada da enegisa clássica. Nº 010.071.468

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.395.183 / 0801-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FABENISIA DA SILVA CAMILO

RUA COMERC JOAO VENERANDO DE LIMA 138 AP 202

JOAO PESSOA

Mangabeira 58056-480

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1658411-2

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2018

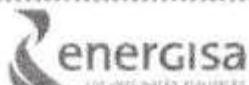
25/07/2018

219

01/08/2018

R\$ 194,39

Acesse: www.energisa.com.br



FABENISIA DA SILVA CAMILO

Roteiro: 14-005-376-1624

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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

01/08/2018

R\$ 194,30

1658411-2018-07-7



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Alves da Rocha Filho,
RG nº 778933 SSP PB, data de expedição 06/09/2018
Órgão SIP PB, portador do CPF nº 373.545.094-71, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Comerciantes Alfredo Ferreira da Rocha nº 1931,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Flávio da Silva Camilo, cujo o condutor era
Flávio da Silva Camilo.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG FAN KS
Ano: 2013/2014
Placa: OX09106/PB
Chassi: 9C27C7Y11D0E706923
Data do Acidente: 22/10/2018
Local e Data: João Pessoa, 06/09/2018

Antônio Alves 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
Tambauzinho - 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, sob fé, João Pessoa-PB 06/09/2018 09:57:22.
BRUNNA GARIBALDI E. G. DE PINHO - Substituto
Vir R\$12,10, Fepj R\$1,89, Farpen R\$0,28, ISS R\$0,47
Operador: NIVALCT, Selo Digital: MHL60603-W05E - Consulte TABELA
a autenticidade em <https://selodeigital.tabelionar.com.br>







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 PERNAS DIR.

TC DE CRANIO

USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA- FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.

UNIVERSIDADE FEDERACAO
13 SET. 2018
PROTÓCOLO
10. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

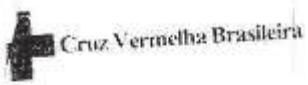
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 11/05/18

DATA DA EMISSÃO: 16/07/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/MEETSH
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO			Número Prontuário: 108377
Data de 26/06/1996	Sexo: Masculino	Data de Internação: 22/04/2018 23:52:28	Data de Alta: 11/05/2018 14:51:53
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: 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			
Resumo da Internação: 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			
Resultado de Exames: 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			
Tratamento: OSTEOSSINTESE DO FEMUR DISTAL			
Diagnóstico: 512.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações: CLEXANE, CEFALEXINA, MANTER A TALA, AINE, RETORNO COM DR KARTNEY			

Data: 11/05/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB

13 SET. 2018
PROTÓCOLO
G. JOSÉ PESQUA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
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 4111588	Nº Crs		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	CBO/R
Email	Naturalidade ITAPORANGA			

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	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Procurante vítima óbito óbito, apresentava fratura MED.

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir

*PROTÓCOLO
A.G. JOAO PESSOA
13 SET. 2018
Tempo
53 min
PROTÓCOLO
A.G. JOAO PESSOA
13 SET. 2018
Tempo
53 min*

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

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO SN)**

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H**CUIDADOS****CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)****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

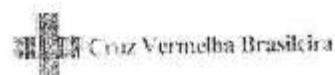
Internar Paciente

FLAVIANO DA SILVA CAMILO



Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM-PE 9603
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS 9057800
(CRM-PE 0340457)
CNPJ 01.340.457/0057-800

COMPRA DE PROVIMENTOS SIA
13 SET. 2018
PROTÓCOLO
A.G. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Diagnose

Neurocirurgia*****

ACIDENTE DE MOTO

SEM SINAIS DE TCE

MEGA DOR 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)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tef:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
FLAVIANO DA SILVA CAMILO	1077395	22/04/2018 19:08:27	
Data de nascimento 26/06/1936	Idade 27 a 9m 27d	Sexo Masculino	CNS
M/F			Telefone de Conta (83) 986655292
JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO			Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Profissional 6628/PB
Data/Hora Classificação 22/04/2018 19:08:27		Data/Hora Prescrição 22/04/2018 20:55:27	

Anamnese

**** eurocirurgia ****

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?

+ ORTOPEDIA

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FLAVIANO DA SILVA CAMILO		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	Telefone de Contato (83) 986655292
Mãe JOSEFA IZABEL DA SILVA CAMILO				Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 136 - APART-202		Bairro MANGABEIRA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	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 cirúrgico de fratura exposta de condilo medial femoral D.

OU.: Adiciona metronidazol.

DIETA	
DIETA LIVRE, VIA ORAL	

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

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 (MGTS)	

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 (MGTS) (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 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: 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>11MMHG E/OU PAS>16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)	

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

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

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

OLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTS)	
--	--

Diluir

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

ultimo registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 22/04/2018 19:09:30

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

Bilir

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Ditulir

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 (MGTSM)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

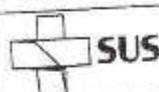
Conducta

Internar Paciente

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 9603
FRANCINÉLIO FREITAS
QNB 1100-500057800
(CRM: 9603)





Sistema
Único de
Saúde

LAUDO 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

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PLAVIRINHO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Marc

X 1

Fam

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

OPP

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EXOU 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*FIO KC 2.0 - 04
CX CANTEIRO 7.0 - TMC - 01
PANAFUSO ROSCA CURTA N.º 75 - 07
" " LONGBAN N.º 85 - 07*

*SUMINISTRAÇÃO PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Daniel Coimbra

MEDICO

CRM 134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eduardo de Silveira Comilo BE/Prontuário: 1077345
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: Ortopedi EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ho orugio fo de form distal
 Cirurgião: Dr. Xortny 1º Assistente: Dr. Alexandre
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Sônia
 Tipo de Anestesia: Rxgri Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ex de fermer ① Disk 1</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ho orugio para fratura distal de femur ②</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição:

COMPREVITIVIDÊNCIAS
13 SET. 2013
PROTÓCOLO
G. JCAO PESSOA

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: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Pct DDTI sob rotação
antisséptico + 15Lgs
Aposio, P das amigd.
injet antico molar esqto ①

Incisão:

Ex de ferme distal ① com proteção e paral
à superfície articular
proximal com paraf escopir
já que distinta com par condutores e protet
fechamento por planos.

Achados:

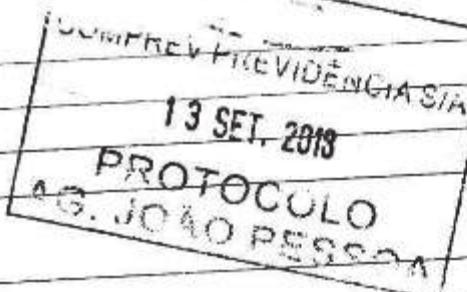
luzes estab.

Rc de controle

Conduta:

Fechamento:

Observação:



Daniel Conseruo Arruda
MÉDICO
CRM 1134

Médico/CRM:

João Pessoa, 9 15 1162

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

122 of 228

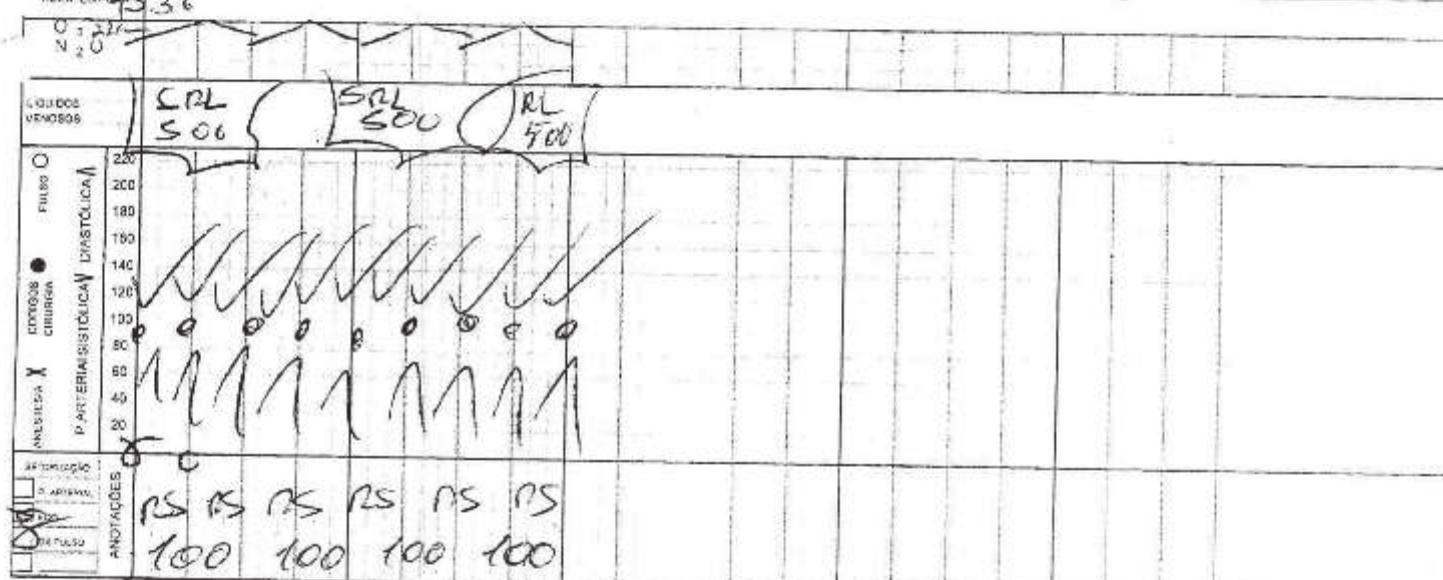
131

**PROTÓCOLO
3. JOÃO PESSOA**

da Silva Filho
Patologista
124/16

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Placido da Silva Camelo	DATA: 09/03/18	PRONTUÁRIO: 107.7395
SEXO: M COR: Pardo IDADE: 27		
PRESSÃO ARTERIAL: PULSO 67 RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES: VNM		
AP. RESPIRATÓRIO: MVR SINA	AP. CIRCULATÓRIO: DCR cm 27 (IBI)	
AP. DIGESTIVO: Jejun	ESTADO MENTAL: 70/6	DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO: Nenhum		ESTADO FÍSICO (ASA): 1
DOSE/HORA: Nenhum		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Fêmur Distal Sacro, Ido, Direito.		
CIRURGIA REALIZADA: Desosteamento Avulsivo Profundo Fêmur Distal Direita		
CIRURGIÃO: Dr. Roberto	AUXILIARES: Dr. Alvaro	
INÍCIO DA ANESTESIA: 15:30	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Acto do Socorro de Sousa	QUANT. DE CH.	VALORES RS
ANESTESISTA: Dr. C. Anestesiologista CRM-PB	160.467.814-34	CRM-PB 1219



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RACGLIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
GENÓX					
VOLUME	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE	1	Midazolam 5 mg	11		
NACL	2	Fentanil 100 mcg	12		
SANGUE	3	Cefazolina Sy	13	CORRELAÇÃO PREVIDÊNCIA SIA	
RINGER	4	Álcool metabsico 5 mg	14		
TOTAL:	5	Paracetamol 3 g	15		
DESENHO DO PACIENTE	6	Bupivacaina 170 DEJ 10 mg	16	13 SET. 2013	
<input type="checkbox"/> APT ^o	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Diamorfina 0,025 mg	17	PROTÓCOLO
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8		18	A3. JOSÉ JOSÉ PESQUINA
<input type="checkbox"/> OUTROS		9		19	
		10		20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
1) Cognicionares. Atividade e adesão ao tratamento 21/06/2014 a 70%
Pulsejador 2000 a 20000 de 22-14 a 25-09 a 25-09
de tristeza 2000 dias e normotensas nos ult
Depressões 2000 e 2000 + Dose 0,280 mg x

ASIGNACIÓN DE ANESTESIA

~~ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED~~

F:\MSI\ASCIIR.C28.1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

Nome: Flávio do Silveiro Carrilho BE/Prontuário: 10773395
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 22/04/18
 Clínica/Setor: Cirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura exposta do condilo femoral medial (C)
 Cirurgião: Dr. Frederico Beltrame 1º Assistente: Dr. Francinello F.
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta do condilo medial femoral (C)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de FX de condilo medial (C) exposto:</u>	
<u>LAV + desbridamento.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (Sim) Não. Descrição: 13 SET. 2018
PROTOCOLO
1 G. 10 PESSOA

Biopsia de Congelação: (Sim) Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria (Terapia Intensa) (Residência) (Óbito durante Ato Cirúrgico)

Dr. Francinello Freitas
 Médico
 CRM PB 9603
 S-703404579057800

Médico/CRM:

João Pessoa, 22/04/18

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBT

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em ORN sob anestesia.
② Orogan inicial no - esgot + cloridrônio + SF 0,9%
③ Amaplástica + antiseptico + campos esteril.

Incisão:

- ④ Ampliação da ferida existente

Achados:

- ⑤ Fratura de condilo medial do fêmur. O aposta.
⑥ Presença de material contaminante no interior da ferida.

Conduta:

- ⑦ Lavação com solução com SF 0,9%
⑧ Destruição do tecido desvitalizado
⑨ Sutura da cápsula articular.
⑩ Sutura por planos a tómica
⑪ Curativo estéril.
⑫ T - ablação
⑬ RFT de controle.

Fechamento:

Observação:

LUMIPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTOCOLO
S. J. C. P. PESSOA

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM/PB 9603
CNS 703404579057800

Médico/CRM:

João Pessoa, 22-09-15

F(NG)ASCIR 009-1



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM/PB 9603
CNS 70340457905780

Médico/CRM:

João Pessoa, 22-09-18



Cruz Brasileira

Nota de Sala Cirúrgica



HEFTSHL

NOME DO PACIENTE	Silviano da Silva Ramilo		
IDADE	21	SE	1077395
CIRURGIA	990	PROTOTIPO	Fratura exposta Femur distal
CIRURGÃO	D. Frederico	ENFERMARIA	LEITO
ANESTESIA	Ketamina + Sevoflurano		
ANESTESISTA	P.D. Fábio		
INSTRUMENTADOR			
DATA	22/04/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	02:00
		CRURGIA INÍCIO	FIM 23:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
LEPTANINA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
PRIVACAINA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAINA PESADA	1	JELCO N°22	FIO DE AÇO N°
CETAMINA	1	JELCO N°24	FIO DE AÇO N°
DROPEXIDOL		KIT BIST. DREN. TORÁDICA N°	FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N° 3,0
ENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15	FIO POLIGLACTINA N°
FENTANILA		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°74	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMAТОMO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAINA C/VASO		LÂMINA DE EXERETO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAINA S/VASO		MÂSCARA CIRÚRGICA	FIO POLIGLACRONE N°
LIDOCAINA C/VASO		MUL. VIAS	FITA CARDIACA
LIDOCAINA S/VASO		PERFORADOR DE SORO	MATERIAL ESPECIAL
MIDAZOLAN		SCALP N°19	QTD.
MORFINA		SCALP N°21	CATETER DE PIC
NIMBUM		SERINGA 3ML	CLIP TITÂNIO LIGADURA
PANCURÔNIO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER N°
PETIDINA		SERINGA 10ML	FIO DE KIRSCHNER N°
PROPOFOL		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN N°
RAMIFENTANILA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°1	FIO STEINMAN N°
ROCURÔNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
SEVOFLURANO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	HEMOST. ABSORVÍVEL
SUXAMETONIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT DERIVA. VENTRICULAR
TIOPENTAL		SONDA FOLEY 2VIAS N°16	PRÓTESE VASCULAR
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	KIT. PAM
ADRENALINA		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	FIXADOR EXTERNO
AGUA DESTILADA		SONDA NASOG. CURTA	EMPRESA
ATROPINA		SONDA NASOG. LONGA	
BEXTRA		SONDA URETRAL N°	
CEFACOLDINA		TORNEIRINHA	
DEXAMETASONA		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
DIPRIONA SÓDICA		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
EFEDRINA		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
FUROSEMIDA		TUBO SILICONE (LATEX)	
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CALCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAINA GELEIA			
ONDASENTRONA			
PLASU			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENDOXICAN			
			EQUIPAMENTOS
			() ASPIRADOR
			() BISTURI ELÉTRICO
			() CAPNOGRÁFO
			() CARDIOMONITOR
			() DESINFILADORA
			() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCOPIO
			() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
			() PERFORADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE
			Ongilis 1000 428883
			HNG/ASCR/01



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
DE SÃO PAULO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/04/19

PRONTUÁRIO: 104 73 95

SEXO: M COR: IDADE: 21 a

PACIENTE: Horácio da Silveira Ferreira

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM AP. CIRCULATÓRIO estabil

AP. RESPIRATÓRIO suprime ESTADO MENTAL consciente DROGAS EM USO

AP. DIGESTIVO desconhecido ESTADO FÍSICO (ASA)

PRE-ANESTÉSICO:

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Exposto em MID (concluso mau errado)

CIRURGIA REALIZADA TO cirúrgico Ptx exposto 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\$

ANESTÉSISTA Dr. Junes CPF CRM-PB

DATA 21/04/19 HORA 01:50 02:50

Nº 30

ÚCIDOS VENOSOS 302 321 322 308 305

FLUXO 220 330 380

ÚCIDOS CRÍTICOS 180 140 120 100 80 60 40 20

FLUXO ARTERIAL 100 80 60 40 20

FLUXO VENOSO 22:50 23:50 24:50

ANESTÉSICOS 05 05 05 05 04 100 100

TECN. STERIA GERAL RADICIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS sedação

LÍQUIDOS VOLUME EM ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

Glicose 1 Ciprofloxacin 2g 11

NACL 2 Desmopressin 10mg 12

Salsol 3 Ondansetron 10mg 13

Fluconazol 4 Bifivacain na jarda 0,5% 45ml 14

TOTAL 5 Dipirona 2g 15

DESTINO DO PACIENTE 6 Autonmina 30mg 16

APT ENFERMARIA 7 Fudogdom 10mg 17

UFI RESIDÊNCIA 8 18

OUTROS 9 19

10 20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES Requisitaria → Remoção imediata de sangue com (1).

Sedação → com (6)(7).

Revertir manobras de ressuscitação.

Assinatura do anestesista

FUNCIABR 025-1



SÉRIE EVIDÊNCIAS
13 SET. 2013
PROTOCOLO
1040-PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB	Nº 014200576666
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	P.R.T. 20180000295006-9
COD. RENAVAM	R.N.T.C.
1 0059919759-5	EXERCÍCIO
	00/00000000 2018

ANTONIO ALVES DA ROCHA FILHO

CPF / CNPJ **PLACA**
32354509472 **QW001234**

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4110ER706923 CHASSI

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC **COMBUSTIVEL**
GASOLINA

HONDA / CG 125 FAN KS

CAP POT OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	00/00/0000		1 ^a
V	FAIXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a
A	***** 5		

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	*****
	SEGURO	P A G O	04/07/2018

OBSERVAÇÕES

RESERVA DE DOMINIO

JOÃO PESSOA-PB		LOCAL		DATA
37842		<i>Joanilson</i>		09/07/2018
				15732

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

PB Nº 014200576666 BILHETE DE SEGURO DPV

**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 - DATA EMISSÃO -
2018 09/07/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	32354509472	OX09106/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
0599197595	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB.	CHT TARE	Nº CHASSI
2013	9	9C2JC4110ER706923

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
SEGURADOR		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
PAGAMENTO		04/07/2018

SEGURADORA LÍDER - PRIVAT

CNPJ 09.240.806/0001-04

15733-1149431-20180709



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

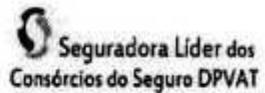
CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

FLAVIANO DA SILVA
CAMILO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

FLAVIANO DA SILVA
CAMILO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/10/2018

Nome: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

CPF: 119.343.264-29

Data do cadastramento: 09/10/2018

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 109.758.064-40

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: FLAVIANO DA SILVA CAMILO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANO DA SILVA CAMILO

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA