

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542800 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE MAXILAR BILATERAL E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542800 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA MAXILAR, COMPLEXO ZIGOMÁTICO E ASSOALHO DA ORBITA BILATERAL

Descrição do exame médico pericial: SEM DEFORMIDADES, SEM CICATRIZ. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE ABERTURA DE BOCA, SEM ALTERAÇÃO ALIMENTAR, SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA DOS OLHOS, SEM DESVIO DE SIMETRIA FACIAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 10/06/2018, COLISÃO CARRO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA MAXILAR E ZIGOMA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 10/07/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Túlio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180542800**

Vítima: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180542800**.

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, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Sinistro: **3180542800**

Vítima: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180542800** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180542800**

Vítima: **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180542800**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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

Nome completo da vítima

042 579 264 14

Daniel Gonçalves Noronha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Daniel Gonçalves Noronha	042 579 264 14	Mecanico
Endereço	Número	Complemento
Rua Monel Covaleone	291	
Bairro	Cidade	Estado
Palmela	Compins Grande	PO
Email	CEP	Telefone (DDD)
mcn@bruno.adv@gmail.com	58100-000	83 33341289

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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
0041	547922 9	1000	0000
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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.

C. Grandi , 30 de Outubro de 2018.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Acidente nº 18034616B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 230

KM: 157,8 - Crescente

Município: CAMPINA GRANDE/PB

Data: 10/06/2018

Hora: 19:20

Policial responsável pelo atendimento: FABIANO LACERDA, matrícula 1515252

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Plena Noite



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034616B01



PRF

NARRATIVA

No dia 10/06/2018, por volta das 19:20 h, no km 157,8 da BR-230, em Campina Grande-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão frontal, com 3 vítimas (1 lesionada gravemente e 2 com lesões leves). Os veículos envolvidos foram: o automóvel GM/Classic (V1); e o automóvel Honda/Civic (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Pocinhos-PB / Campina Grande-PB, quando, instantes antes da interação entre os veículos, efetuou frenagem brusca deixando marcas pneumáticas com extensão de 24 m sobre o pavimento asfáltico, invadindo a faixa de sentido contrário e colidiu frontalmente com V2 (conforme orientação de danos nos veículos). A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido Campina Grande-PB / Pocinhos-PB, conforme constatação dos vestígios, das posições de imobilização dos veículos e de fragmentos desprendidos dos automóveis envolvidos na colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi invasão da faixa de sentido contrário, ação essa realizada por V1. Observações: O local do acidente estava preservado e era sinalizado por Policiais Militares (VTR 6100, motocicleta 952) e equipe do Corpo de Bombeiros de PB (AR 21, AR 33, ABSL 05). O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. Os condutores dos veículos e o passageiro de V2 foram socorridos para o Hospital de Traumas de Campina Grande-PB por unidades de resgate do Corpo de Bombeiros e do SAMU. Os veículos foram removidos, conforme documentos de recolhimento de veículos (EDRV) específicos, para o pátio da empresa Transguard, localizada na cidade de Campina Grande-PB. Após o encerramento das atividades no local do acidente, a equipe deslocou-se até o Hospital de Traumas de Campina Grande-PB com a finalidade de coletar informações dos ocupantes dos veículos envolvidos no acidente. Apesar de não ter sido possível realizar os testes de etilômetro em razão de os condutores dos veículos estarem sendo submetidos a procedimentos hospitalares, obtivemos informações que indicam a ingestão de álcool pelo condutor de V1, Sr. Daniel Gonçalves Nascimento.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V1



IAB4739

Placa: IAB4739 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: GM/CLASSIC LIFE/2006

Renavam: 00900263466

Chassi: 9BGSA19907B180546

Tipo de Veículo: Automóvel

Especie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Transitando na contramão de direção

PROPRIETÁRIO

Nome: REGIVALDO BORGES CAVALCANTI

CPF/CNPJ: 475.708.904-00

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo encaminhado ao pátio da Transguard, conforme EDRV 14021806102042196.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034616B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



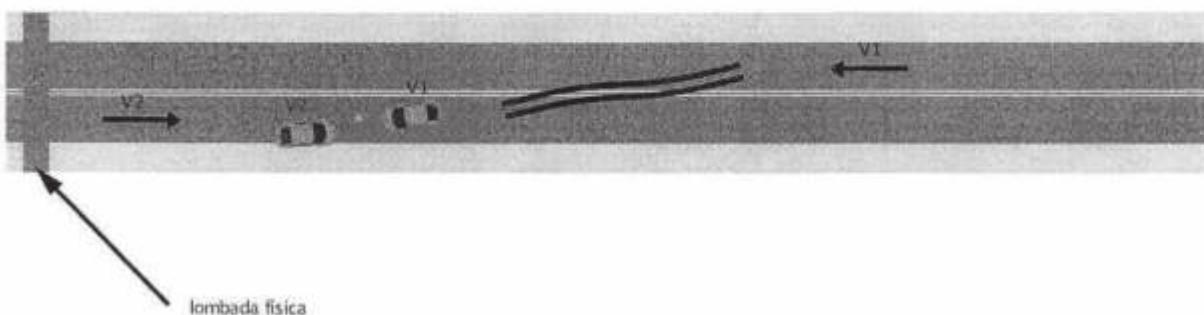
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



CAMPINA GRANDE

POCINHOS



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2



MNK8132

Placa: MNK8132 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CIVIC LXS FLEX/2007

Renavam: 00910549168

Chassi: 93HFA65407Z202344

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: FLAVIO HENRIQUE DE ALBUQUERQUE

CPF/CNPJ: 700.114.874-10

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo encaminhado para Transguard, conforme EDRV
14021806102057223.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V1



IAB4739



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2



TRACIONADOR



MNK8132



PRF



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V1



DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

Placa do veículo: IAB4739

Marca/modelo: GM/CLASSIC LIFE

Envolvimento: Condutor

Nome: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

CPF: 042.579.264-14

Data de nascimento: 27/07/1982

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 21/02/2006

Nº Registro: 03790075706 **UF:** SP **Data de vencimento da habilitação:** 16/12/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA MANOEL LEITE CAVALCANTI, 92, JARDIM CONTINENTAL, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 99931 5954/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2 PASSAGEIRO

ISAQUE NATANAEL LOPES ALMEIDA

Placa do veículo: MNK8132

Marca/modelo: HONDA/CIVIC LXS FLEX

Envolvimento: Passageiro

Nome: ISAQUE NATANAEL LOPES ALMEIDA

CPF:

Data de nascimento: 30/11/2012

Número de identificação/órgão expedidor: 000/000

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA ESMERALDA VIANA DA SILVA, 361 B, PORTAL SUDOESTE, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 98809 3027/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2



**CARLY GILENO DE MENDONCA
SANTIAGO**

Placa do veículo: MNK8132

Marca/modelo: HONDA/CIVIC LXS FLEX

Envolvimento: Condutor

Nome: CARLY GILENO DE MENDONCA SANTIAGO

CPF: 451.101.314-49

Data de nascimento: 15/05/1966

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 26/08/1986

Nº Registro: 03846427271 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 09/10/2022

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

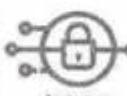
Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA MARIA ARRUDA DE FIGUEIREDO, 688, MONTE SANTO, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 98845 8521/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF



DANIEL ALMEIDA SANTIAGO

Placa do veículo:

Marca/modelo:

Envolvimento: Testemunha

Nome: DANIEL ALMEIDA SANTIAGO

CPF: 704.737.124-90

Data de nascimento:

Estado civil:

Sexo:

Estado físico:

Usava cinto de segurança:

Usava capacete:

Informações complementares: Entregamos ao Sr. Daniel (filho do condutor de V2) um telefone da marca ASUS de cor prata, encontrado no interior do V2.

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOAO DA CUNHA LIMA, 47, PRESIDENTE MEDICI, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 99601 2327/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF



CAROLINE SANTOS DO CARMO

TESTEMUNHA

Placa do veículo:

Marca/modelo:

Envolvimento: Testemunha

Nome: CAROLINE SANTOS DO CARMO

CPF: 397.200.518-09

Data de nascimento:

Estado civil:

Sexo:

Estado físico:

Usava cinto de segurança:

Usava capacete:

Informações complementares: Entregamos a senhora Caroline alguns pertences do condutor de V1: carteira contendo documentos e R\$180,00 em espécie.

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA MANOEL LEITE CAVALCANTI, 291, JARDIM CONTINENTAL, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 99931 5954/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF



SÍLVIA SANTA CRUZ

TESTEMUNHA

Placa do veículo:

Marca/modelo:

Envolvimento: Testemunha

Nome: SÍLVIA SANTA CRUZ

CPF:

Data de nascimento:

Número de identificação/órgão expedidor: 00/00

Estado civil:

Sexo:

Estado físico:

Usava cinto de segurança:

Usava capacete:

Informações complementares: Enfermeira do Hospital de Traumas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034616B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/CLASSIC LIFE

Placa: IAB4739

Nome do agente: FABIANO LACERDA

Nº BOAT: 18034616B01

Matrícula do agente: 1515252

Data: 10/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo	X		
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 3

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 9

Dimensão da monta: Grande

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CIVIC LXS FLEX

Placa: MNK8132

Nome do agente: FABIANO LACERDA

Nº BOAT: 18034616B01

Matrícula do agente: 1515252

Data: 10/06/2018

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais	X		
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 18/06/2018, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034616B01 e o número de controle 4E6126C1A482B22596435977DFE2A9

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

Daniell Gonçalves Masiclinto

CPF da Vítima

042579.264.14

Data do Acidente

10/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail:

CPF do Representante Legal

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 Lider 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.

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

C. Grandi , 31 de Outubro de 2018.
Local e Data

Daniell Gonçalves Masiclinto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 10/6/2018	HORA: 19:25 HRS	ID Nº: 1702204
NOME: DANIEL GONÇALVES DO NASCIMENTO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: ALÇA SUDOESTE		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 8 de agosto de 2018.

PREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Daocleio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

MARIA DE FATIMA GONCALVES NASCIMENTO
RUA MANOEL L CAVALEANTE, 291 - PALMEIRA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG 401)

Emissao: 15/10/2018 Referencia: Out/2018 BR230-XM18-Alta Sudeste- Três Irmãos - Campina Grande /PB- CEP:58023-700
Classe/Subcls: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA TRIFÁSICO
Rotero: 6-401-356-1780 Nomedor: 00008028042

ENERGISA BORBOREMA - D.E. TRIBUDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/08 026.596/0001-96 Insc. Est: 16.002.035-1
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°002.079-400
Cód. para Dáh. Automóveis: 00001160826

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	15/10/2018	12/11/2018	981.949.924-00 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/115282-6

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/09/18	Lectura 11544	Data 15/10/18	Lectura 11647	1
Demonstrativo				
Tributos T-Base(R\$) ICMS(R\$) ICMS-Pa(Calculo(R\$)) (1,0645%)(4,9866%)				
0001 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,262240	7,56	7,56 27	2,04 7,56 0,08 1,38
0001 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,432430	30,27	30,27 27	8,17 30,27 0,33 1,61
0001 Consumo - 111 a 220kWh-BR	2.000 0,649860	1,39	1,39 27	0,36 1,29 0,01 1,06
0001 Adic. B. Vermelha		4,04	4,04 27	1,09 4,04 0,04 1,20
0010 Subsídio	40,48	40,48 27	10,83 40,48	0,44 2,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUICAO PÚBLICA		5,20	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0004 JUROS DE MORA 09/2018		0,92	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0004 JUROS DE MORA 09/2018		0,10	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 09/2018		1,64	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 09/2018		1,00	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,57	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,06	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0006 Devolução Subsídio	-27,10	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	85,94	83,85	22,58 83,85 0,90 4,11

Média últimos meses (kWh)
22 VENCIMENTO
22/10/2018 TOTAL A PAGAR
R\$ 65,84

Histórico de Consumo (kWh)												
100	113	108	83	73	104	94	101	101	102	77	78	Sant18
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sent/18	



TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1020 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG-401)

 energisa

Nº 100 - Rua das Flores - 06000-023 - São Paulo - SP | Fone: 0800 023-0196 | [Acesse: www.mercadolivre.com.br](http://www.mercadolivre.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	086.335.994-42 Inscr. Estadual:

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Català de contacte

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lectura	Data	Lectura					
24/09/13	1345	24/09/13	1428		1		143	31
Descrição								
001	Consumo Total			Vazão	Consumo	Atr. Crédito; Taxa (exc. PAFB)	Consumo	
				ICMSRE	ICMS	Ref.Cofins(%)	(7,725%) (4,401%)	
0501	Consumo em kWh	143,000	0,703865	100,00	100,00	25	25,18	100,00
0501	Adic. S Vermelha			10,09	10,09	25	2,57	10,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTROLE LIMPURICA			15,75	0,00	0	0,00	0,00

Média Últimos meses (R\$) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
- 16/10/2018 R\$ 126,45

RESERVADO AO FISCO
25b9 9aed.7470.b751.28ea.7df9.09b7.34c3.

Indicadores de Qualidade				Composição do Contingão			
	Límites de APERC	Nível de Risco	Último de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
DIVISIONAL	5,31	0,00	NOMINAL	238	Bônus de Det. da Energia/BG	21,81	17,02
SEG. TRIMESTRAL	10,82				Compra de Energia	42,49	33,60
DICA/LINK	21,25				Semicômico Transmissões de Encargos Sistêmicos	5,25	4,15
FICTIONAL	3,36	0,00	CONTRATADA	202	Impostos Diretos e Encargos	9,15	7,34
FEI TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR		Outros Serviços	47,95	37,92
FICTIONAL	12,45		LIMITE SUPERIOR	231	Total	126,45	100,00
DAVS	3,03	0,00			Valor do EURO (Ref. 7/2016) R\$22,41		
DAVS	12,22						

ATTENÇÃO

Entomopathogens

Faturas em aberto

energia3
Rotero, 14, 401-754-1892
Mejorada, 251501-2018-09-4

**VENCIMENTO
16/10/2018**

TOTAL A PAGAR
R\$ 126,45

83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jairônio Bruno Mazzamento inscrito (a) no CPF 036 781 814-106, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Gonçalves Mazzamento inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 579 264-14, do sinistro de DPVAT cobertura Movel/07 da Vítima Daniel Gonçalves Mazzamento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 579 264-14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no artº 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Dinâmico Alves Correia		1020	apto 02
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dinâmico	Campina Grande	PB	58400-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
maioriobm@uol.com.br	83 33341289	83 999885048	

C-Grande, 31 de Outubro de 2018.

Local e Data



Assinatura do Declarante



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Kaniel Gonçalves do Nascimento		
End:	Monsenhor Benedito Cavalcanti 291	Bairro:	Continente
Data de Nascimento:	27/06/82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac	Data do Atend.:	10/06/18 Hora: 2019 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	(✓) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Josiane Sampaio
Assinatura e carimbo do profissional

19 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente		Nº Prontuário
<i>Daniel Gonçalves do Nascimento</i>		1671107
Data da Operação	23/06/18	Enf.
Operador	Dr. Eron Maciel.	1º Auxiliar Lucas Ximia (intubado)
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Dr. Mâncio Rosani	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório TUBASTO Prolongado		
Tipo de Operação TRAQUEOTOMIA		
Diagnóstico Pós-Operatório INTUBAÇÃO Prolongada		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em decúbito dorsal, asepsia e antisepsia.
2. Colocação do campo cirúrgico.
3. Cervicotomy anterior.
4. Dissecção par flanco.
5. Abertura da traqueia em 2º and tubular
6. Introdução de canula intubar nº 9
7. Fixação da canula
8. Sutura par flanco
9. Curativo.

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
19 NOV. 2018

[Assinatura]
Dr. Eron Maciel Jorônimo
CIRURGIA TORÁCICA
CRM PB 5663

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Daniel Gonçalves do Nascimento 27-08-82

QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO

SUS

35

REGISTRO

167 1107

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luis Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Mat. Cirurg. Críptica de
fractura de Maxilar

CIRURGÃO

De Gustavo em Reginaldo RR

ANESTESIA

Geral

ANESTESIA

De Lomardo

INSTRUMENTADORA

Alvaro

DATA

13-04-18

INÍCIO

8:00

FIM

12:00

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

08 Adrenalina amp.

Calel. p/ Óxg.

Atropina amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Diazepam amp.

15

Compressa Grande

Dimore amp.

Compressa Pequena

Dolantina amp.

Cotonoide

Esmalte

Dreno

Fenegam amp.

Dreno Kerr nº

Fentanil ml

Dreno Penrose nº

01 Atropidina

Dreno Pezzer nº

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogotas

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Pavulon amp.

Equipo de PVC

04 Protigmine amp.

15

Espadrado Larco cm

Protoxido l/m

Furacim ml

Quelicin ml

06

Gase Pacote c/ 10 unidades

Rapifen amp.

H₂O₂ ml

01

81 Fio de algodão

Intracath Adulto

83 Tracrium amp.

Intracath Infantil

Qtd. MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

01 Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

01

01 Decadron amp.

09

Lâmina de Bisturi nº 15

02 Dipirona amp.

02

Luvas 7.0

Flaxidol amp.

08

Luvas 7.5

02

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Glicose amp.

+2

Oxigênio l/m

22

Glucon de Cálcio amp.

Polifix

Haemacel ml.

PVPI Degermantle ml

Heparema ml.

015

Roux Jappi ml

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

01

Leixx amp.

Saco coletor

Medrotinazol.

02

Seringa desc. 10 ml

01

61 Prolamina

04

Seringa desc. 20 ml

01

Revivan amp.

02

Seringa desc. 05 ml

01

Sluplanon amp.

Sonda

Cefalotina 1g

Sonda Foley

Qtd.

ORTSESE E PRÓTESE

01 Cloroquina 0.1

01

Sonda Uretral nº 16,10

01 Tiotetral 1ml

Styrdrem ml

01 Metocaina 110

Tomeirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

02 Agulha desc. 25 x 1 1/2

04

Latese

Akulha desc. 28 x 28

05

Elétrodo

Akulha desc. 3 x 4,5

01

Tubo aramado 7,0

Akulha p/ raque nº

01

Filtros

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metíleno amp.

Benzina ml

EQUIPAMENTOS	
(+) Oxímetro de Pulso.	(+) Fonoendoscópio
(-) Serra	(+) Eletrocautério
(-) Desfibrilador	(+) Oxiapôgrafo
(+) Foco Frontal	(+) Cardiomonitor
(-) Fonte de Luz	(-) Perfurador Elétrico

NOTA DE SALA
CIRCULANTE RESPONSÁVEL
CONTA - 20070

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME DANIEL GONÇALVES		Nº	IDADE 35	SEXO M	COR	
DATA 13/07/18		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS
		URINA						
AP RESPIRATÓRIO EKG						ASMA		BRONQUITE
AP CIRCULATÓRIO OK						ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO L-O-T-G			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA 8h				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS O ₂ AR Sopro							INDUÇÃO	
							Satisf.: _____	Excit.: _____
LÍQUIDOS							Laringo espasmo: _____	Lenta: _____
							Náuseas: _____	Vômitos: _____
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							Outros: _____	MANUTENÇÃO
							1 - F. em favela	
						2 - Atrocorde 60.		
						3 - Propofol 200		
						4 - Curvavina 20		
						5 - Abusedion 40		
						6 - ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por que? _____		
						7 - DESPERTAR		
						Reflexos: par 50% Obstr.: _____ Excl.: _____		
						19 NOV. 2018 Outros: _____		
						PROTÓCOLO Com cânula: _____ Paro órtico: Sim _____ Não _____ JOÃO PESSOA		
						CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO	Anestesia General Balanceada Pre-oxig							
AGENTES	SF 500, Finsol Ven. Superal							
TECNICA	Injeção 70 fraposs 6 CÂNULAS Coloco VIK							
OPERAÇÃO	Trat. Parag Frot Max							
CIRURGIÕES	Dr. Gustavo							
ANESTESISTAS	Dr. Leonardo							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

Nome do Paciente <i>DANIEL Gonçalves do NASCIMENTO</i>		Nº Prontuário <i>1671107</i>
Data da Operação <i>13.07.2017</i>	Enf.	Leito
Operador DR. GUSTAVO Campos	1º Auxiliar DR. Reginaldo	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia Dr. ZORANDO	Tipo de Anestesia Anestesia Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de Maxila e Zicoma D</i>		
Tipo de Operação <i>Redução e Fixação com placas e parafusos</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia	NDN	
Exame Radiológico no Ato	NDN	
Acidente Durante a Operação	NDN	
<i>19 NOV. 2018</i> <i>PROTÓCOLO</i> <i>Hospital de Emergência S.A.</i> <i>Dr. João Pessoa</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① PACIENTE ON ABH SOB ANESTESIA GERAL
- ② ANTISEPSIA EXTRA-BUCAL E INTRA-ABDOMINAL
- ③ APISAGÃO DE CAMPOS CLOACICOS + TAMPÃO OROFARINGEO
- ④ INFILTRAÇÃO COM NEOCAINA E VASO
- ⑤ ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
- ⑥ REFEATURA DA MAXILA E REPOSIÇÃO MÔRTO E REDUÇÃO
- ⑦ Redução de Zicoma direto
- ⑧ Fixação com 4 placas e 21 parafusos 2.0mm + 1 placa e 5 parafusos 1.5mm da empresa A. COSTA
- ⑨ SUTURA DA BASE NASAL ON FIO PROLENT
- ⑩ SUTURA DO TIPO "VY" ON LADO SUPERIOR COM VICRYL 3-0
- ⑪ SUTURA MAXILAR COM VICRYL 3-0
- ⑫ Etiologia: Fratura de Tampo Orofacial

Dr. Gustavo J. de Luna Campos
 Plástica e Traumatologia
 Maxilo-Facial
 CRP: 7332

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

FOLHA DE
ANESTESIAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA,
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

		ENFERMAGEM		LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
NOME		IDADE		SEXO	COR	
Dt 122 6-00 Anestetico		35		M		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
23/06/18	130x80	40			ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	
	URINA				OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	
					BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Síntoma Procedimento</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA:		AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	95/0					
LÍQUIDOS	SF					
CÓDIGOS VP ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	260	INDUÇÃO				
	240	Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____		
	220	Laringo esparso: _____	Lenta: _____			
	200	Náuseas: _____	Vômitos: _____			
	180	Outros: _____				
	160	MANUTENÇÃO				
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					
	40					
	20					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Dt 122 -> 18:10 h	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____				
POSição		DESPERTAR				
AGENTES	Propofol-10-2	Reflexos na SO: _____				
TÉCNICA	Genar Beta-decon	Oestr: _____	Co ₂ : _____	Excit: _____		
OPERAÇÃO	Praxitroto-10	Náuseas: _____	Vômitos: _____			
CIRURGIÕES	Endo -	Otros: _____				
ANESTESISTAS	Mario	19/06/2018	PROT	2018		
OBSERVAÇÕES	*P.R. - Intraop. Privacidade a vit. azul	OCULL	PFSS.	CONDIÇÕES:		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATORIAS.					CÂNULAS	
					PERDA SANGUÍNEA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

IN
27.06.82

PACIENTE:

Daniel Gonçalves do Nascimento

QI	LEITE	CONVÉNIO SUS	IDADE 35	REGISTRO 167 1107
----	-------	-----------------	-------------	----------------------

CIRURGIA

Traqueostomia

CIRURGIÃO

Dr. Cenac

ANESTESIA

Dr. moreir

ANESTESIA

Geral

INSTRUMENTADORA

DATA
23/06/2018

INICIO

18:20

FIM

19:00



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	03 pces	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Espadrado Lárco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido i/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	30	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	01	Mononylon	20
01	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadiron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio i/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemaccel ml.	03	PVPi Degemante ml			
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda folley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	Sebenone	01	Sonda Uretral nº 14			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	03	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	01	Conjunto de Traqueostomia			
	Aguilha p/ raque nº		nº 9,0			
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018

EQUIPAMENTOS
PESSOAL

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Beijo



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

Diagnóstico

Ex Mexico

Ex 21 Gema

Paciente DANIEL GONÇALVES de NASCIMENTO Alojamento 2 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/01/18	① DIGITALASTOSA 100mg DIAZEPAM		EE BIMO 33: DIH
	② SE 0,9% 1000ml CV 20/20/40 120 24		paciente SISTEMICO E ESTAGIO DE PROGRESAO E EXISTENCIA DE ERATOGES DE MANICA E ZECONA ③ CIN PLATEAS E PRATICAVEL
	③ CLINDAMYCINA 300mg CV 10/10/08		
	④ DEXAMETASONA 5mg CV 12/12/05 100 06		
	⑤ DIPIRONA 5g (EX-000) CV 10/10/05 18 12 06		
	⑥ CLOTRIMAZOL 50mg CV 1X/DIA 06		ED: SOLICITACAO DE TC NO PESSOAL
	⑦ MALSURFEN 200mg CV 8/10/05 14 20 00		
	⑧ HIGIENE FAMILIAL 3X/DIA (PENICILINA)		ACERCAZORE MELHORADA
	⑨ CLOREXCIDA REVITAL 3%		N
	⑩ SSVU/00000		
			Dr. Henrique Ribeiro Cresce e Desenvolve Belo Horizonte - MG Residente - CRO-PB 5616

MBA 495

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Daniel Gonçalves da Mota.* DN: *27.06.1982* PRONT. N°: *1671107*

NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: *10-06-2018* ALTA: *16-07-2018*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*Trauma facial
Fraturas ossais na face*

2. Resultado dos principais exames

*Fraturas múltiplas na face
do topo da face III*

3. Evolução e complicações

*34 DIH
29 c- UTI*

4. Terapêutica realizada

*Cirurgia de reabilitação + redução e fixação com
vinhas e parafusos*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

O mesmo

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- Recomendo desmobilizar
- Díta pastosa
- 禁戒
- Orientações



7. Condições de alta

- Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado
- Transferido para: _____

Campina Grande, 19 de 07 de 2018

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo Facial
Presidente - CRO-PB 6816

Responsável pelo resumo



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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA:	M	FC	07	Ipm	FR	Ipm	PA	PAM	Ipm	SpO2	Ipm	T	%
REAVALIAÇÃO:	Paciente evoluindo bem, Selsalto, Gomfle (transitorial, poucas crises), pressão arterial (PA) tópica (T), em VMI/TAT, adaptada à VM, mas												

AP:	MV (T) com AHT (com máscara)												
VM:	MODO-MODAL:	PC:	10	VE:	472	PEEP:	5	PI:	14	PS:			
TI:	1.43	IE:	1.25	FIOr:	40%	FLUXO:		SENS:	4	FR:	17/22	VM:	12.0
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB:	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> PAIRNA	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> ATUA	<input type="checkbox"/> O2			VNI				
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Ajuste de Cuff	<input checked="" type="checkbox"/> Troca de Filtro	<input type="checkbox"/> Desmame	<input type="checkbox"/> Extubação									
<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> Auxílio à IOT	<input type="checkbox"/> RCP									
<input type="checkbox"/> Posicionamento:													

Cinesioterapia:													
Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:	Sabrina K. L. Negroni Fisioterapeuta									
<input type="checkbox"/> Transporte:													
<input type="checkbox"/> Rotina/Intercomunícias:													

Fisioterapeuta CRF-04/10

HORA:	M	FC	97	Ipm	FR	Ipm	PA	PAM	Ipm	SpO2	Ipm	T	%
REAVALIAÇÃO:	Paciente evoluindo bem, Selsalto, Hm estabil, mantém o movimento das mãos quebra cláusica para VMI/TAT, adaptada à VM, mas												

AP:													
VM:	MODO-MODAL:	PC:		VE:	521	PEEP:	6	PI:	15	PS:	9		
TI:	1.72	IE:	1.25	FIOr:	40%	FLUXO:		SENS:	4	FR:	18	VM:	9.4
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB:	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> PAIRNA	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> ATUA	<input type="checkbox"/> O2			VNI				
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Ajuste de Cuff	<input type="checkbox"/> Troca de Filtro	<input type="checkbox"/> Desmame	<input type="checkbox"/> Extubação									
<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> Auxílio à IOT	<input type="checkbox"/> RCP									
<input type="checkbox"/> Posicionamento:													

Cinesioterapia:													
Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:	Sabrina K. L. Negroni Fisioterapeuta									
<input type="checkbox"/> Transporte:													
<input type="checkbox"/> Rotina/Intercomunícias:													

Fisioterapeuta CRF-04/10

NOME:	Daniell Alves de Oliveira												
DATA:	24/06/18			SETOR:	Azel			LEITO:	08				
H.D:	TRC grav			IDADE:	35			ADMISSÃO:	11/06/18				

HORA:	M	FC	83	Ipm	FR	Ipm	PA	PAM	Ipm	SpO2	Ipm	T	%
REAVALIAÇÃO:	Paciente evoluindo bem, Selsalto, Hm estável, mantém o movimento das mãos quebra cláusica para VMI/TAT, adaptada à VM, mas												

AP:													
VM:	MODO-MODAL:	PC:		VE:	600	PEEP:	5	PI:	16	PS:	9		
TI:		IE:		FIOr:	40%	FLUXO:		SENS:		FR:	18	VM:	9.4
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB:	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> PAIRNA	<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> ATUA	<input type="checkbox"/> O2			VNI				
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Ajuste de Cuff	<input type="checkbox"/> Troca de Filtro	<input type="checkbox"/> Desmame	<input type="checkbox"/> Extubação									
<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> Auxílio à IOT	<input type="checkbox"/> RCP									
<input type="checkbox"/> Posicionamento:													

Cinesioterapia:													
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:	PaOa/FIO2									
--------------------	-------	------	-------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Transporte:													
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Rotina/Intercomunícias:													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sabrina K. L. Negroni
Fisioterapeuta

CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CRF-04/10

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO									
GASO:	40%	24/06/18 M	PH:	7.52	PaO2:	84.8	PCO2:	27.7	HCO3:	22.6	BE:	14
GASO:			PH:		PaO2:		PCO2:		HCO3:		BE:	
GASO:			PH:		PaO2:		PCO2:		HCO3:		BE:	
HEMOGRAMA:												
TOMOGRAFIA:												
RAIO X:												
OUTROS:												
Observações:												

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO									
GASO:	40%	24/06/18 M	PH:	7.52	PaO2:	84.8	PCO2:	27.7	HCO3:	22.6	BE:	14
GASO:			PH:		PaO2:		PCO2:		HCO3:		BE:	
GASO:			PH:		PaO2:		PCO2:		HCO3:		BE:	
HEMOGRAMA:												
TOMOGRAFIA:												
RAIO X:												
OUTROS:												
Observações:												

PROTÓCOLO
S. JOÃO PESSOA
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
S. JOÃO PESSOA



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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: 14 FC: 25 FR: 14 PA: 14 PAM: 14 SpO2: 97 %T: 100

REAVALIAÇÃO: Pac. [redacted] E66, sedado devido a [redacted]
TOT ver [redacted] para [redacted] (paciente) [redacted]
TMV mod 1, gass (alcalose) [redacted]

AP: M-109/09 PC: [redacted] VT: [redacted] PEEP: [redacted] PI: [redacted] PS: [redacted]

VM: MODO-MODAL: [redacted] PC: [redacted] VT: [redacted] PEEP: [redacted] PI: [redacted] PS: [redacted]

TI: [redacted] IE: [redacted] FIO: [redacted] FLUXO: [redacted] SENS: [redacted] FR: [redacted] VM: [redacted]

CD: [redacted] THB: [redacted] TEP: [redacted] PASSIVA: [redacted] ATIVA: [redacted] O2: [redacted] VNI: [redacted]

Aspiração: [redacted] Ajuste de Cuff: [redacted] Troca de Filtro: [redacted] Desname: [redacted] Estubação: [redacted]

TRE: [redacted] TMV: [redacted] MRA: [redacted] Auxílio à IOT: [redacted] RCP: [redacted]

Posicionamento: [redacted]

Cinesioterapia: [redacted]

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: [redacted]

Transporte: [redacted]

Rodinal/Intercorridas: [redacted]

Dr. Eder Rodrigues Araújo
ESTOQUE MARQUETTA
E-TRATO 15602-F
[redacted]

HORA: 14 FC: 25 FR: 14 PA: 14 PAM: 14 SpO2: 97 %T: 100

REAVALIAÇÃO: Pac. [redacted] 4 mmHg [redacted]
[redacted]: necessita; não tem [redacted]

AP: M-109/09 PC: [redacted] VT: [redacted] PEEP: [redacted] PI: [redacted] PS: [redacted]

VM: MODO-MODAL: [redacted] PC: [redacted] VT: [redacted] PEEP: [redacted] PI: [redacted] PS: [redacted]

TI: [redacted] IE: [redacted] FIO: [redacted] FLUXO: [redacted] SENS: [redacted] FR: [redacted] VM: [redacted]

CD: [redacted] THB: [redacted] TEP: [redacted] PASSIVA: [redacted] ATIVA: [redacted] O2: [redacted] VNI: [redacted]

Aspiração: [redacted] Ajuste de Cuff: [redacted] Troca de Filtro: [redacted] Desname: [redacted] Estubação: [redacted]

TRE: [redacted] TMV: [redacted] MRA: [redacted] Auxílio à IOT: [redacted] RCP: [redacted]

Posicionamento: [redacted]

Cinesioterapia: [redacted]

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: [redacted]

Transporte: [redacted]

Rodinal/Intercorridas: [redacted]

Dr. Eder Rodrigues Araújo
ESTOQUE MARQUETTA
E-TRATO 15602-F
[redacted]

NAME: Daniel Gonçalves
DATA: 18/06/18 SETOR: UTI-4 LEITO: 08
H.D: TCE IDADE: 35 ADMISSÃO:

HORA: 21 FC: 25 FR: 14 PAM: 14 SpO2: 97 %T: 100
REAVALIAÇÃO: Pacote com [redacted] muita [redacted] malária [redacted] - [redacted]
início nos DVA, [redacted] [redacted] o mesmo
grado intensidade. [redacted] [redacted] total [redacted]

AP: [redacted] em ANS, como paciente em AH

VM: MODO-MODAL: [redacted] PC: 12mbar VT: 63 - ml PEEP: [redacted] PI: [redacted] PS: [redacted]

TI: 3,45 l IE: 11 L FIO: 3 - / FLUXO: - SENS: 4 l FR: 14 l VM: 5,1 l

CD: [redacted] THB: [redacted] TEP: [redacted] PASSIVA: [redacted] ATIVA: [redacted] O2: [redacted] VNI: [redacted]

Aspiração: [redacted] Ajuste de Cuff: [redacted] Troca de Filtro: [redacted] Desname: [redacted] Estubação: [redacted]

TRE: [redacted] TMV: [redacted] MRA: [redacted] Auxílio à IOT: [redacted] RCP: [redacted]

Posicionamento: 3 - /

Cinesioterapia: [redacted]

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2: [redacted]

Transporte: [redacted]

Rodinal/Intercorridas: [redacted]

EXAME DATA HORA RESULTADO

GASO: PH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

GASO: PH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

GASO: PH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

HEMOGRAMA: [redacted]

TOMOGRAFIA: [redacted]

RAIO X: [redacted]

OUTROS: [redacted]

Observações: [redacted]

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA
LARANJEIRAS PREVIDÊNCIA S.A.

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: FC 67 rpm FR 130cm³/min PA 130cm³ SpO₂ 95% T %

REAVALIAÇÃO: Paciente evoluindo em G66, SI Subcrenado, AEE pausas conjecturante, mucus (1+) visível, TOC (1+) TOC (+) em VAS 1/10T, obstrução de VAS, mas

AP:

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 616 PEEP: 5 PI: 14 PS: 9
TI: IE: FIO2: 38% FLUXO: SENS: FR: 11 VM: 70

CD: THB: TEP Passiva TEP Ativa O2 VNR

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmane Estubação

TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO₂/FiO₂:

Transporte: + Sabrina K. L. Negromonte
Fisioterapeuta
CREFI 00-234084-F

HORA: FC rpm FR rpm PA PAM SpO₂ %T %

REAVALIAÇÃO: Paciente evoluindo em G66 SI Subcrenado, TOC pausas conjecturante, mucus (1+) visível, VAS 1/10T, obstrução de VAS, mas

AP:

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 616 PEEP: 5 PI: 14 PS: 8
TI: IE: FIO2: 22% FLUXO: SENS: FR: 12 VM: 70

CD: THB: TEP Passiva TEP Ativa O2 VNR

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmane Estubação

TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO₂/FiO₂:

Transporte: + Sabrina K. L. Negromonte
Fisioterapeuta
CREFI 00-234084-F

NOME: *Daniel Gonçalves da Nóbrega*
DATA: 01/07/18 SETOR: Agul LEITO: 08
H.D: *+CF 6182* IDADE: 25 ADMISSÃO:

HORA: FC rpm FR rpm PA 117x75cm³ SpO₂ %T %
REAVALIAÇÃO: Paciente evoluindo em G66, SI Subcrenado, TOC pausas conjecturante, mucus (1+) visível, VAS 1/10T, obstrução de VAS, mas

AP:

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: 603 PEEP: 5 PI: 13 PS: 8
TI: IE: FIO2: 22% FLUXO: SENS: FR: 10 VM: 8.6

CD: THB: TEP Passiva TEP Ativa O2 VNR

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmane Estubação

TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO₂/FiO₂:

Transporte: + Sabrina K. L. Negromonte
Fisioterapeuta
CREFI 00-234084-F

EXAME DATA HORA RESULTADO
GASO: 381 01/07/18 PH: 7.46 PaO₂: 160 mmHg PCO₂: 32.4 HCO₃: 23.6 BE: 1.0

GASO: PH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

GASO: PH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

HEMÓGRAMA:

TOMOGRAFIA:

RAIO X:

OUTROS:

Observações: *Faz 22%*

PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA
19 NOV. 2018
SUSPENSO/FIREVIDE/CIAS/SA



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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: 08:30 FC 88 IFR 348 PA 322/41 PAM 66 SpO2 — VT — %

REAVALIAÇÃO: Paciente com DCC há 2 dias, coluna lombosacra com dor intensa, respiroário H2CO3 elevado, pulmões ativos e perifaringe, dor pós-facial aguda, náuseas, diarreia. Rx: O2. Em VIT + FET + AA. PCT: H2CO3 elevado, sangramento de drenagem fecal. Letargia: moderada. UTI bronco-pneumonia.

AP: mu (+) em AIT, com roncos expiratórios

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: PI: PS: —
Ti: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: 34 VM: —

CD: THB: TEP TEP O2 VNI
 Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmane Extubação
 TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: 30°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

Transporte:

Rotina/Intercomunícias:

Fernandes da CERFITO

HORA: 35:00 FC 80 IFR 16 PA 340/105 PAM 111 SpO2 — VT — %

REAVALIAÇÃO: Paciente com DCC, micturíte aguda. Hidratação adequada, micturíte melhora, agitação também a menor grau.

AP: mu (+) em AIT, com roncos expiratórios

VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: PI: — PS: —
Ti: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: 30 VM: —

CD: THB: TEP TEP O2 VNI
 Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desmane Extubação
 TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento: 30°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

Transporte:

Rotina/Intercomunícias:

NOME: Daniel Gonçalves																																																																																				
DATA: 28/10/11		SETOR: A201		LEITO: 08																																																																																
H.D.:		IDADE: 35 Anos		ADMISSÃO:																																																																																
HORA: 21:50 FC 77 IFR 16 PA 112/176 PAM 46 SpO2 — VT — %																																																																																				
REAVALIAÇÃO: Paciente com DCC, micturíte aguda. Hidratação adequada, micturíte melhora. Agitação moderada. Em VIT + FET + AA, PCT: H2CO3 elevado. PCT: H2CO3 elevado. Sangramento de drenagem fecal.																																																																																				
AP: mu (+) em AIT, com roncos expiratórios																																																																																				
VM: MODO-MODAL: PC: VT: PEEP: PI: — PS: — Ti: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: 16 VM: —																																																																																				
CD: <input checked="" type="checkbox"/> THB: <input checked="" type="checkbox"/> TEP <input checked="" type="checkbox"/> TEP <input checked="" type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> VNI <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> RCP																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento: 30°																																																																																				
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia:																																																																																				
Monit. Vent. Cest:		Cdyn:		RVS:																																																																																
Transporte:																																																																																				
Rotina/Intercomunícias:																																																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXAME</th> <th>DATA</th> <th>HORA</th> <th colspan="4">RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH:</td> <td>PaO2:</td> <td>PCO2:</td> <td>HCO3:</td> <td>BE:</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH:</td> <td>PaO2:</td> <td>PCO2:</td> <td>HCO3:</td> <td>BE:</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH:</td> <td>PaO2:</td> <td>PCO2:</td> <td>HCO3:</td> <td>BE:</td> </tr> <tr> <td>HEMograma:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOMOGRAFIA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RAIO X:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUTROS:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8">Observações:</td> </tr> <tr> <td colspan="8"> </td> </tr> </tbody> </table>						EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:	GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:	GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:	HEMograma:								TOMOGRAFIA:								RAIO X:								OUTROS:								Observações:															
EXAME	DATA	HORA	RESULTADO																																																																																	
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																													
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																													
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																													
HEMograma:																																																																																				
TOMOGRAFIA:																																																																																				
RAIO X:																																																																																				
OUTROS:																																																																																				
Observações:																																																																																				

QUARTA-FEIRA 19 NOV. 2018
PROTOCOLO 10. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bmf: 21:00

Paciente vítima de A. automobilístico, inconsciente + intubado orotraqueal.

E.F.: epistaxe; Protrusão meníngea associada a mictor, locação em lábio sup.; excreção urinária + fecal com mucus negr.

Cd: ① hemocôlio do ~~lado~~

② contusão concomitante intracranial

③ Soluto Tc face
hemorragia Bmf.

Jorge Eduardo Alves
Centro Hospitalar
CRQ-PB 4808

22:30 (Bmf)

Paciente intubado pela NCE,

Tc: fract. de maxila bilateral + complexo zigomático bilateral + luxação da articulação temporomandibular + fratura lateral da órbita c. + d.

CD: ① Soluto

② Soluto interno pela NCE, após esforços, necessários de tratamento cirúrgico Bmf.

DESTINO DO PACIENTE _____ hs _____ hs.

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

Carolina Santos da Cunha
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

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





19 NOV. 2018
PROTOCOLO
CARTÃO PESSE

15 NOV 2018
ACVILLI
E8070CCU10
E8070PES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

**CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO**

INÁCIO BRUNO SARMENTO

2472

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

MATERIALIDADE
OLHO D'ÁGUA-PB

• 100 •

2131933 - SSP/PB
ФИАЛОВ ВЕ ФИАЛОВ С ТЕРРИ
НЛ

DATA DE NASCIMENTO
24/05/1977

- 10 -

038.781.814-08
VIA

PAULO ANTONIO MARIA, II BIL
PRESIDENTE



ITEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

961, Pedro Oliveira de Lucena
Tabatinga

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Magalhães de Oliveira, 83 - Centro CEP: 3131-6005
GNDI: 09-355-2425 / 0001-76
BRL: Fazenda da Cunha - 16 Largo
CSTILO: 6 - Tcha (le goutte) - esse copie facula
é e Reproduções feitas d'originais que me foi expedida
CAMPINA GRANDE 28/06/17

8º OFÍCIO
ESTADO DE SÃO PAULO
CAMPINA GRANDE - SP
19-5-1942

SELEO DIGITAL: AELA 4 366 - TD-35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011348503348
VIA COD. RENAVAM 0090026346-6 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2013

NOME
FERNANDA LINDOLFO DE FREITAS

CPF / CNPJ 07753096486 PLACA IAB4739/PB

PLACA ANTI / UF IAB4739 SP CHASSI 9BGSA19907B180546

ESPECIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL

MARCA / MODELO GM/CLASSIC LIFE ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL 5 P/72 CV CATEGORIA PRATIC COR PREDOMINANTE PRATA

I	IPVA PAGO EM 01/10/2013	VENC. COTA UNICA 1*
P	FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS 2*
V	***** 0	3*
A		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 4.444,00 IOF (R\$) 0,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 4.444,00 DATA DE PAGAMENTO 01/10/2013

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMPINA GRANDE-PB 01/10/2013

32875 36473 EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS O

PB Nº 011348503348

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GE
www.dpvatsegurado.com.br
SAC DPVAT

VIA 1 CPF / CNPJ 07753096486

RENAVAM 00900263466 GM/C

ANO FAB. 2006 CALIBRE 1 9BGSA1

PRÉMIO 4.444,00 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 SEGURADOR

***** 0,00 PAGAMENTO
COTA UNICA

SEGURADOR CNPJ 09.000.000/0001-00
www.segurador.com.br

36473-1318478-2

PROTÓCOLO
19 NOV. 2008
EXCELENTÍSSIMA
MAGISTRAL
CORTE DE JUSTIÇA
DO ESTADO DA
PARAÍBA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180542800**

Nome do(a) Examinado(a): **DANIEL GONCALVES NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Manoel Leite Cavalcante, 291 - Palmeira - Campina Grande - PB - CEP 58401-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **38851590**

Data e local do acidente: [**10/06/2018**] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [**06/12/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA MAXILAR, COMPLEXO ZIGOMÁTICO E ASSOALHO DA ORBITA BILATERAL

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SEM DEFORMIDADES, SEM CICATRIZ

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 10/06/2018, COLISÃO CARRO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA MAXILAR E ZIGOMA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 10/07/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE ABERTURA DE BOCA, SEM ALTERAÇÃO ALIMENTAR, SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA DOS OLHOS, SEM DESVIO DE SIMETRIA FACIAL.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

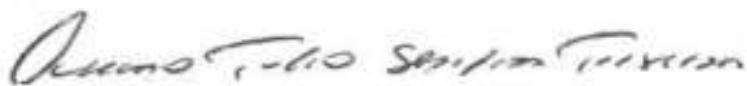
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542800 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE MAXILAR BILATERAL E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542800 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA MAXILAR, COMPLEXO ZIGOMÁTICO E ASSOALHO DA ORBITA BILATERAL

Descrição do exame médico pericial: SEM DEFORMIDADES, SEM CICATRIZ. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE ABERTURA DE BOCA, SEM ALTERAÇÃO ALIMENTAR, SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA DOS OLHOS, SEM DESVIO DE SIMETRIA FACIAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 10/06/2018, COLISÃO CARRO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA MAXILAR E ZIGOMA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 10/07/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Túlio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Gonçalves Nascimento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Mecânico
IDENTIDADE:	38857590
ENDEREÇO:	Rua Manoel Carvalho n.º 297 Palmeira

OUTORGADO

NOME:	Inácio Bruno Serrante
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB 21472
IDENTIDADE:	2131933
ENDEREÇO:	Rua Dinâmico Alves Corrêa - 102 - C. Graciosa - PB

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

Campina Grande 30/10/2018

LOCAL E DATA

5º Ofício

Daniel Gonçalves Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

En test. da verdade. Campina Grande-PB 30/10/2018 08:43:46

Daniela de Almeida - Escrevente

[2018-006526]ENOL:R\$ 89,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS: Escrivãe Autorizada

SELO DIGITAL: AHN74642-XFCI

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

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
EM PESCA PREVIDÊNCIA SOCIAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418269/18

Vítima: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

CPF: 042.579.264-14

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2018

Titular do CPF: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DANIEL GONCALVES NASCIMENTO : 042.579.264-14

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: 19/11/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA