

# 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 ZIGOMATICO 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 Tulio 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**

Carta nº 13611324



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.seguradoralider.com.br](http://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, 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 Nascimento

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

Nome completo Daniel Gonçalves Nascimento		CPF titular da conta 042 579 264 14		Profissão Mecânico	
Endereço Rua Manoel Carneiro			Número 291	Complemento	
Cidade Palmeira	Cidade Campina Grande		Estado PB	CEP 53100-000	
Email mccibruno.adv@gmail.com				Telefone (DDD) 83 3334/289	

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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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  
NRQ. 0041 D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NRQ. 547922 D/V 9  
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome  
NRQ.  
AGÊNCIA  
NRQ.  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NRQ.  
(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. Grande, 30 de Outubro de 2018.

Local e Data

Daniel Gonçalves Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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

**Espécie/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.



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



lombada física



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.



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



TRACIONADOR



### 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**



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**



CONDUCTOR

**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



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**



PASSEIRO

**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



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**



CONDUTOR

**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



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**

TESTEMUNHA

**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



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**

**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



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



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



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



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	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	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

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



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

Daniel Gonçalves Nascimento

CPF da Vítima

04257926414

Data do Acidente

10/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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.

PREV. PREVIDÊNCIA S.A.  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

C. Grandi, 31 de Outubro de 2018.

Local e Data

Daniel Gonçalves Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192

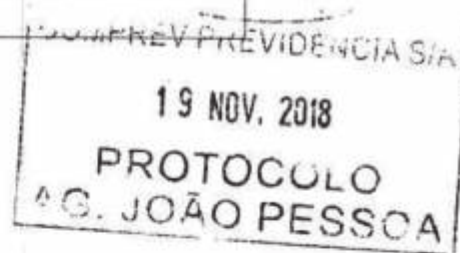


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 8 de agosto de 2018.



Daocleto F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



MARIA DE FATIMA GONCALVES NASCIMENTO  
RUA MANOEL L. CAVALCANTE, 281 - PALMEIRA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG 401)

Emissão: 15/10/2018 Referência: Out/2018 GR230-KM180- Alça Subúeste- Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
Classif/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIA TRIFÁSICO  
Roteiro: 5-401-355-1780 Nº medidor: 00008028042



ENERGISA BORGOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.826.586/0001-95 - Insc. Est. 16.002.835-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº002.079-400  
Cód. para Dth. Automático: 00001102826

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	15/10/2018	12/11/2018	961.949.924-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **4/115282-6**

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei  
nº 10.438, de 28 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/09/18	11544	15/10/18	11647	1	102	33

Demonstrativo		Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Po (R\$)	Co (R\$)	Co (R\$)
CC	Descrição	Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	Po (R\$)	Co (R\$)	Co (R\$)
0601	Consumo até 20kWh-BR	30,000 0,252240	7,56	7,56	27	2,04
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,432430	30,27	30,27	27	8,17
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	2,000 0,649860	1,29	1,29	27	0,35
0601	Adic. B. Verreilha		4,04	4,04	27	1,09
0610	Subsídio		40,49	40,49	27	10,93
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. ILM. PÚBLICA		5,20	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2018		0,92	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2018		0,10	0,00	0	0,00
0905	MULTA 09/2018		1,54	0,00	0	0,00
0905	MULTA 09/2018		1,00	0,00	0	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,57	0,00	0	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,06	0,00	0	0,00
0906	Devolução Subsídio		-27,10	0,00	0	0,00
TOTAL			65,94	63,95	22,58	63,95

Média últimos meses (kWh)  
99

VENCIMENTO  
22/10/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 65,94

Histórico de Consumo (kWh)

100	113	106	83	73	104	94	101	101	102	77	99
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

TAMARA ANDRADE SOARES  
RUA DINAMERICA CORREA, 1020 / L.OJA 02 - DINAMERICA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG-401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MONOPHASE  
Rotômetro: 14-401-754-1992 NF medidor: 00056027924

**energisa**

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. da Indústria, 100 - Alto Suburbano - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700  
CNPJ: 08.529.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.038-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: NFOI-957-247  
Cód. para Dth Autenticação: 00002515013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	088.335.994-42 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Cartão de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/09/18	1345	24/09/18	1438	31

Demonstrativo		Quilowatts		Valor Base		Alíq. (R\$/kW)		Base (R\$)		Valor (R\$)		Código (R\$)	
Descrição		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
0501 Consumo em kWh		145,000 0,703860		100,88		100,88		25		25,18		100,08	
0501 Adic. B Vermelha				10,09		10,09		25		2,52		10,09	
0207 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		15,70		0,00		0		0,00		0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 126,45 110,75 27,68 110,75 0,91 3,75

Média últimos meses (kWh) 75 **VENCIMENTO 16/10/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 126,45**

Histórico de Consumo (kWh)											
15	0	1	45	10	0	1	40	175	133	127	120
Ser17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	Mar18	Abr18	Maio18	Jun18	Jul18	Ago18

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

Indicadores de Qualidade - 7/2018				Composição do Consumo		
Unidade de Medição		Unidade de Medição		Discriminação	Valor (R\$)	%
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Serviços de Dist. da Energia	21,81	17,68
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Compra de Energia	42,49	33,60
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Serviços de Transmissão	3,25	4,15
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Encargos Setoriais	9,15	7,24
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Encargos Diversos e Encargos	47,95	37,92
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		Outros Serviços	0,00	0,00
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		<b>Total</b>	<b>126,45</b>	<b>100,00</b>

Valor de ELSO (Ref. 7/2018) R\$22,41

**ATENÇÃO** - Leitura confirmada **Faturas em atraso**

**energisa**  
Rotômetro: 14-401-754-1992  
Matrícula: 251501-2018-09-4  
83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8

PROVIDENCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
CASSIO PESSOA



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Maício Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036.781.814, 1 CG na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Gonçalves Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.579.264/14, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Daniel Gonçalves Nascimento, 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 Líder, 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 art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Dinameneo Alus Amaro</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>02</u>
Bairro <u>Dinameneo</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400000</u>
Email <u>maiciobrunoedu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>87999885048</u>	

C-Grandes, 31 de Outubro de 2018.

Local e Data

Maício Bruno Sarmiento  
Assinatura do Declarante





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1671107

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/06/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: DANIEL GONCALVES DO NASCIMENTO

CEP: 58400002

Nascimento: 27/06/1982

Endereço: MANOEL LEITE CAVALCANTE

Sexo: M

Telefone: 999315954

Cidade: Campina Grande

Idade: 035

Bairro: CONTINENTAL

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 291

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS: 85266212521

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

Hora: 20:21:09

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesmo subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Incurtamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Obstrução
30. Paralisia
31. Parosia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinspiagia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

TCC TCC grave + politrauma

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente carro - carro, colado frontal, alcoolizado, sem cinto.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PROLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) ☒ mióticas e ( ) mióticas

Glasgow 6 PA HGT: S102

A: IOT - VAS com muita necrose sangüinolenta.  
B: Trauma GASP FR > 40 pm.  
C: Pulso cheios, quentes  
D: ECG 6 / 7 pulso cardíaco normal  
E: Desconforto de fúria

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia: FAST  
( ) Radiografias: Rx torax / pelve  
( ) ☒ Outros

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Neuro Cirurgião às 20:30 Dia 10/06/18

Especialista: BMF, Dr. José Carlos Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Fentanyl 02 FA, EV	
2	Midazolam 02 FA, CV } + 100ml SF	
3	Fazer 10 ml/hora	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Antônio Gondim  
Médico Cirurgião  
CRM-PB 6767

PREVIDÊNCIA SIA  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Daniel Gonçalves de Nascimento		
End:	Monsel Sadete Cavalcante 291	Bairro:	Continental
Data de Nascimento:	27/06/82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac	Data do Atend.:	10/06/18
		Hora:	20:19
		Documento:	
Acidente de trabalho?	( ) Sim (x) Não		

Exmo

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

- (x) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

Josiane  
ENFERMEIRA  
COREN 10.123.456

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





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

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em decúbito dorsal, ASSEPSIA E ANTISEPSIA.
2. Colocação de campos cirúrgicos.
3. CERVICOTOMIA ANTÉRIA.
4. DISSECÇÃO POR PLANOS.
5. ABERTURA DA TRAQUEIA EM 2º ARTE TRACHEAL.
6. INTRODUÇÃO DE CÂNULA TRAQUEAL Nº 9
7. FIXAÇÃO DA CÂNULA
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO.

Dr. Eron Maciel Jerônimo  
CIRURGIÃO TORÁCICA  
CRM PB 5693

COMPREV PREVIDÊNCIA  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLADO  
DR. JOÃO PESS

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Daniel Gonçalves do Nascimento 27-06-82

QI LEITE CONVÊNIO 505 IDADE 35 REGISTRO 1671107

CIRURGIA met. urg. cirurgia de CIRURGIÃO Dr. Gustavo ou Reginaldo R.

ANESTESIA geral ANESTESIA Dr. Leonardo

INSTRUMENTADORA Dúria DATA 13-04-18 INÍCIO 8:00 FIM 12:00

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
08	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	<del>Enbioname</del>	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
01	<del>Chloridim</del>	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
04	Protigmine amp.	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	01	Mononylon 2-0	
01	<del>Propofol</del>	Intracath Adulto		Mononylon	
03	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	01	Prolene Sertix 3-0	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix 5-0	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	02	Aciflex 1	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m 22			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	<del>Renodol</del>			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
01	<del>Leix</del>	Saco coletor	01	SB Normotérmico fr 500 ml	Piproc
	Medrolinalol.	Seringa desc. 10 ml	01	SG Gelado fr 500 ml	
01	<del>Metoprolol</del>	Seringa desc. 20 ml	01	SB Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SO Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml	
	Stuptanon amp.	Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática		A. Corta	
01	<del>Ceferoxina</del>	Sonda Uretral nº 16,10			
01	<del>Clotatil</del>	Sterydrem ml			
01	<del>Mercaina CIV</del>	Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
02	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese Silicone			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05 Eletrodo			
	Agulha p/ raque nº	01 tubo aramado 7.0			
01	Alcool de Enfermagem	01 Eletro			
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

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

CIRCUANTE RESPONSÁVEL  
CÓDIGO 233293





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME	DANIEL GONÇALVES Neri			IDADE	SEXO	COR
DATA	13/07/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
8h								
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub> AR					INDUÇÃO		
LIQUIDOS	Solo					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
						Laringo esparmo: _____ Lenta: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						MANUTENÇÃO		
						1 - Fentanil		
						2 - Atropina 60		
						3 - Propofol 200		
						4 - Clorpromazina 25		
						5 - Nauseidien 4/8		
						6 - ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? _____		
						7 - Tolerância _____		
						8 - Despertar _____		
						Reflexos: per. 50% _____		
						Obstr.: _____ Excit.: _____		
						19 NOV. 2018		
						Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						PROTOCOLO		
						Com cânula: _____		
						Para o caso: Sim _____ Não _____		
						CONDIÇÕES:		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Anestesia Geral Balneopneumática Bi-oxig							
POSICÃO	Supino							
AGENTES	CETO 200mg, Fentanil 100mcg, Propofol 200mg							
TÉCNICA	Int. e ext. com cânula							
OPERAÇÃO	Int. Cirurg. Prost. Maxilar							
CIRURGIÕES	Dr. Gustavo							
ANESTESISTAS	Dr. LONARDO							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		





Nome do Paciente		Nº Prontuário	
DANIEL GONÇALVES DO NASCIMENTO		1671107	
Data da Operação	Enf.	Leito	
13.07.2018			
Operador DR. GUSTAVO CAMPOS		1º Auxiliar DR. REGINALDO	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia DR. LOMARDO	Tipo de Anestesia ANESTESIA GERAL		
Diagnóstico Pré-Operatório			
FRATURAS DE MAXILA E ZIGOMA D			
Tipo de Operação			
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O MESMO			
Relatório Imediato da Patologia			
NDN			
Exame Radiológico no Ato			
NDN			
Acidente Durante a Operação			
NDN			

PROTÓCOLO  
19 NOV. 2018  
A.G. JOÃO PESSOA

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) PACIENTE EM D.D.H. SOB ANESTESIA GERAL
2) ANTISSEPSE EXTRA-BOCAL E INTRA-DOCTO
3) APLICAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS + TAMPÃO DREPARÍNGEO
4) INFILTRAÇÃO COM NOVOCAÍNA CL VASO
5) ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
6) REFRATURA DA MAXILA E REPOSICIONAMENTO E REDUÇÃO
7) REDUÇÃO DE ZIGOMA DIREITO
8) FIXAÇÃO COM 4 PLACAS E 21 PARAFUSOS 2.0mm + 1 PLACA E 5 PARAFUSOS 1.5mm DA EMPRESA A.COSTA
9) SUTURA DE BASE NASAL COM FIO PRELENTE
10) SUTURA DO TIPO "VY" EM LÁBIO SUPERIOR COM VICRYL
11) SUTURA MAXILAR COM VICRYL 3-0
12) REMOÇÃO DO TAMPÃO DREPARÍNGEO

Prof. Gustavo J. de Luna Campos  
Especialista em Traumatologia  
Maxilo-Facial  
CRM 9332



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																													
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Dr. R. 6.00 N. V. A. T. D.</i>			IDADE: <i>35</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:																																																												
DATA: <i>23/06/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>130x90</i>	PULSO: <i>90</i>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:																																																													
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:																																																													
URINA:																																																																			
AP. RESPIRATÓRIO:					ASMA:	BRONQUITE:																																																													
AP. CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:																																																														
AP. DIGESTIVO:			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:																																																														
ESTADO MENTAL:			ATARÁXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA:	HIPOTENSORES:																																																													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Procedimento</i>					ESTADO FÍSICO:	RISCO:																																																													
ANESTESIAS ANTERIORES:																																																																			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA:	AS:	EFEITO:																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>LIQUIDOS</th> <th>CÓDIGOS</th> <th>INDUÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>900</i></td> <td><i>500</i></td> <td><i>260</i></td> <td>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Outros: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Não, por quê? _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reflexos na SO: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Outros: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Paro o Leito Sim _____ Não _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>CONDIÇÕES:</td> </tr> </tbody> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	LIQUIDOS	CÓDIGOS	INDUÇÃO	<i>900</i>	<i>500</i>	<i>260</i>	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____				Náuseas: _____ Vômitos: _____				Outros: _____				MANUTENÇÃO				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____				Não, por quê? _____				DESPERTAR				Reflexos na SO: _____				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____				Náuseas: _____ Vômitos: _____				Outros: _____				Paro o Leito Sim _____ Não _____				CONDIÇÕES:
AGENTES ANESTÉSICOS	LIQUIDOS	CÓDIGOS	INDUÇÃO																																																																
<i>900</i>	<i>500</i>	<i>260</i>	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____																																																																
			Laringo espasmo: _____ Lenta: _____																																																																
			Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																																
			Outros: _____																																																																
			MANUTENÇÃO																																																																
			ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____																																																																
			Não, por quê? _____																																																																
			DESPERTAR																																																																
			Reflexos na SO: _____																																																																
			Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____																																																																
			Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																																
			Outros: _____																																																																
			Paro o Leito Sim _____ Não _____																																																																
			CONDIÇÕES:																																																																
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>Dr. R. 6.00 N. V. A. T. D.</i> <i>18:10h</i> <i>18:50h</i> <i>19 NOV. 2018</i> <b>PROTÓCOLO</b> <i>2.000 PES.</i>																																																																	
POSICÃO																																																																			
AGENTES		<i>Propofol 10-2 / Fe-mid-2 / Tm-eniv-1x0 / Sto-8-1</i>																																																																	
TÉCNICA		<i>Genar B. A. de A. M.</i>																																																																	
OPERAÇÃO		<i>Procedimento - 12</i>																																																																	
CIRURGIÕES		<i>Eno -</i>																																																																	
ANESTESISTAS		<i>M. A. N. O. 3801</i>																																																																	
OBSERVAÇÕES		<i>*Pul. In. 3801 Prov. 12 a 17 A. C. L.</i>																																																																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA																																																														



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

27.06.82

PACIENTE: Daniel Gonçalves do Nascimento

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA Traqueostomia CIRURGIÃO Dr. Euron

ANESTESIA Dr. Moreira ANESTESIA Geral

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan 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	
	Mercaína % 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.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	01	Mononylon 2.0	
01	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática			
20ml	Silveron	Sonda Uretral nº 14			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	Conduto de Trocar			
	Agulha p/ raque nº	nº 10			
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
EQUIPAMENTOS  
JOÃO PESSOA

- (Y) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (X) Eletrocáuterio
- (X) Oxícapnógrafo
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Beiro





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex	MAXILA
Ex	ZIGOMA

Paciente	DANIEL GONÇALVES DO NASCIMENTO	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	
----------	--------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13.01.18	① DIETA PASTOSA ADEQ COM APERTO		EX BMO 33° DIH
	② SE 0.9% 100ml CV 24/24h	12h	PACIENTE SUBMETIDO À CIRUR-
	③ CLINDAMICINA 600mg CV 8/8h	14h	PLA DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO
	④ DEXAMETASONA 4mg IV 12/12h	18h	DE FRATURAS DE MAXILA E
	⑤ DIFENIDOL 5mg (PR-PR) CV 12/12h	18h	ZIGOMA ② COM PLACAS E
	⑥ OMEPRAZOL 40mg CV 1x/dia	06h	PROTESES
	⑦ NASIVON 2mg CV 8/8h	14h	ED: SOLICITAÇÃO DE TC DE
	⑧ HIGIENE BUCAL 3x/dia (PENICILINA)		PRONA-PLA
	⑨ CAFEICOLA 120mg 3x		ACUSANDO ALEXANDRE
	⑩ SSUVICOL		N BOM

Dx. Residência Fernandes  
Cirurgia e Traumatologia  
Belo Horizonte - Minas Gerais  
Residência - CRO-PB 5816

Dx. Residência Fernandes  
Cirurgia e Traumatologia  
Belo Horizonte - Minas Gerais  
Residência - CRO-PB 5816

MD 035

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: DANIEL GONÇALVES DE MACE.	DN: 27.06.1982	PRONT. Nº: 1671107
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO: 10.06.2018	ALTA: 14.07.2018	

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

TRAUMA FACIAL  
FRATURA OSSA M. FACE

2. Resultado dos principais exames

FRATURAS MÚLTIPLAS M. TAC  
DO TIPO LE FORT III

3. Evolução e complicações

34° DIH  
24 em UTI

4. Terapêutica realizada

CIURGIA DE RECONSTRUÇÃO + REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM  
PLACAS E PARAFUSOS

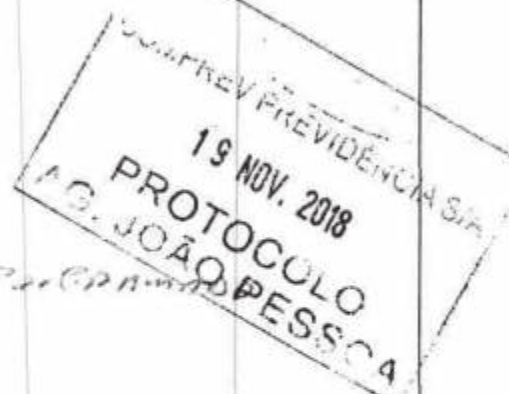
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

0 ACSMU

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- 1) REDUÇÃO DE MÚLTIPLAS
- 2) DIETA PASTOSA
- 3) INDICAÇÕES V.O
- 4) ORIENTAÇÕES

1) RETORNO PARA CASA



7. Condições de alta

- ☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
- ☐ Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 14 de 07 de 2018

Dr. Reginaldo Fernandes  
Cirurgião de Traumatologia  
Bucco-Maxilo-Facial  
Residente - CRO-PB 6916

Responsável pelo resumo



FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: M FC 07 bpm FR 12 lpm PA 120 mmHg PAM 80 mmHg SpO2 95% T 36.5 °C

REAVLIÇÃO: Paciente evolui em C66, Sedado, 40ml/h (transiente, pouco agitado, responde a V.M. MAS)

AP: M.U. (+) em ANTA com Arterio

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VE: 470 PEEP: 5 PI: 7.9 PS: 9  
TI: 1.4 s E: 1.2 s FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 17/22 VM: 12.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspiração ☒ Ajuste de Cuff ☒ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: ☐

Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: Sabrina K.L. Negromonte  
Fisioterapeuta  
CREFIOT: 234084-F

Transporte: ☐

Rotina/Intercomências: ☐

HORA: FC 97 bpm FR 12 lpm PA 120 mmHg PAM 80 mmHg SpO2 95% T 36.5 °C

REAVLIÇÃO: Paciente evolui em C66, Sedado, 40ml/h (transiente, pouco agitado, responde a V.M. MAS)

AP: M.U. (+) em ANTA com Arterio

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VE: 521 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9  
TI: 1.72 s E: 1.2 s FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.4

CD: THB: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: ☐

Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: Sabrina K.L. Negromonte  
Fisioterapeuta  
CREFIOT: 234084-F

Transporte: ☐

Rotina/Intercomências: ☐

NOME: Daniel Alves de Vitorino

DATA: 24/06/18 SETOR: Agul LEITO: 08

H.D: TCE 6100 IDADE: 35 ADMISSÃO: 11/06/18

HORA: N FC 83 bpm FR 12 lpm PA 120 mmHg PAM 80 mmHg SpO2 95% T 36.5 °C

REAVLIÇÃO: Paciente evolui em C66 Sedado, 40ml/h (transiente, pouco agitado, responde a V.M. MAS)

AP: M.U. (+) em ANTA com Arterio

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VE: 609 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9  
TI: 1.72 s E: 1.2 s FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.4

CD: THB: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: ☐

Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: Sabrina K.L. Negromonte  
Fisioterapeuta  
CREFIOT: 234084-F

Transporte: ☐

Rotina/Intercomências: ☐

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO			
GASO:	40%	24/06	M	PH: 7.52	PaO2: 84.9	PCO2: 27.3
GASO:				PH:	PaO2:	PCO2:
GASO:				PH:	PaO2:	PCO2:
HEMOGRAMA:						
TOMOGRAFIA:						
RAIO X:						
OUTROS:						
Observações:						

PROVIDÊNCIAS  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA



FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: 11:00 FC: 95 FR: 14 L/min PA: 130/80 PAM: 85 SpO2: 95 T: 36.5

REAValiação: Pac. com ECG, sedado leve, com TOST, mas com alguns movimentos, não muito, mas com alguns movimentos.

AP: M. V. C. / M. V. C.

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: PEEP: PL: PS: 12 ml 63 ml 5 cmH2O 16 cmH2O 5

TI: 3.43 s IE: 11.6 FIO2: 30% FLUXO: 1 SENS: 4 l/s FR: 14 L/min VM: 9.1 l

CD: ☒ THB: ☐ TEP: ☐ TEP: ☐ O2: ☐ VNI

☒ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: ☐ Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FIO2:

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Dr. Eder Rodrigues Araújo  
FISIOLOGISTA  
CRM 10.75802-F

HORA: 14:00 FC: 95 FR: 14 L/min PA: 130/80 PAM: 85 SpO2: 95 T: 36.5

REAValiação: Pac. com ECG, sedado leve, com TOST, mas com alguns movimentos, não muito, mas com alguns movimentos.

AP: M. V. C. / M. V. C.

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: PEEP: PL: PS: 12 ml 63 ml 5 cmH2O 16 cmH2O 5

TI: 3.43 s IE: 11.6 FIO2: 30% FLUXO: 1 SENS: 4 l/s FR: 14 L/min VM: 9.1 l

CD: ☒ THB: ☐ TEP: ☐ TEP: ☐ O2: ☐ VNI

☒ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: ☐ Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FIO2:

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Dr. Eder Rodrigues Araújo  
FISIOLOGISTA  
CRM 10.75802-F

NOME: Daniel Gonçalves

DATA: 18/06/18 SETOR: UTI-4 LEITO: 08

H.D: TCE IDADE: 35 ADMISSÃO:

HORA: 21:00 FC: 95 FR: 14 L/min PA: 130/80 PAM: 85 SpO2: 95 T: 36.5

REAValiação: Pac. com ECG, sedado leve, com TOST, mas com alguns movimentos, não muito, mas com alguns movimentos.

AP: M. V. C. / M. V. C.

VM: MODO-MODAL: PSV PC: VT: PEEP: PL: PS: 12 ml 63 ml 5 cmH2O 16 cmH2O 5

TI: 3.43 s IE: 11.6 FIO2: 30% FLUXO: 1 SENS: 4 l/s FR: 14 L/min VM: 9.1 l

CD: ☒ THB: ☐ TEP: ☐ TEP: ☐ O2: ☐ VNI

☒ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação

☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

Posicionamento: 30° ☐ Cinesioterapia: ☐

Monit. Vent. Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FIO2:

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Dr. Eder Rodrigues Araújo  
FISIOLOGISTA  
CRM 10.75802-F

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO			
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:
HEMOGRAMA:						
TOMOGRAFIA:						
RAIO X:						
OUTROS:						
Observações:						

PROTÓTIPO PREVIDÊNCIA S/A  
19 NOV. 2018  
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA:	FC	67	FR	130x70	SpO2	94,5	T	36,5	
REAVIAÇÃO:	Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, mantém a mesma taxa de ventilação em V.M. IOT, subseq. a V.M. MAS.								
AP:									
VM:	MOD-Modal:	PSV	PC:	VT:	616	PEEP:	5	PI:	14
	TI:	IE:	FIQ:	38	FLUXO:	SENS:	FR:	11	VM:
CD:	THB:	TEP	TEP	O2	VNI				
	Aspiração	Ajuste de Cuff	Troca de Filtro	Desmame	Extubação				
	TRE	TMV	MRA	Auxílio à IOT	RCP				
	Posicionamento:								
	Cinesioterapia:								
Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:	PaO2/FiO2:					
	Transporte:								
	Rotina/Intercorrências:	Sabrina K. L. Negromonte Fisioterapeuta CREFIO 234084-F							

HORA:	FC	67	FR	130x70	SpO2	94,5	T	36,5	
REAVIAÇÃO:	Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, mantém a mesma taxa de ventilação em V.M. IOT, subseq. a V.M. MAS.								
AP:									
VM:	MOD-Modal:	PSV	PC:	VT:	616	PEEP:	5	PI:	14
	TI:	IE:	FIQ:	38	FLUXO:	SENS:	FR:	11	VM:
CD:	THB:	TEP	TEP	O2	VNI				
	Aspiração	Ajuste de Cuff	Troca de Filtro	Desmame	Extubação				
	TRE	TMV	MRA	Auxílio à IOT	RCP				
	Posicionamento:								
	Cinesioterapia:								
Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:	PaO2/FiO2:					
	Transporte:								
	Rotina/Intercorrências:	Sabrina K. L. Negromonte Fisioterapeuta CREFIO 234084-F							

NOME:	Renil Gonçalves da Noronha		
DATA:	01/07/18	SETOR:	Agel
H.D:	TE MAX	IDADE:	35
		ADMISSÃO:	
HORA:	FC	61	FR
REAVIAÇÃO:	Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, mantém a mesma taxa de ventilação em V.M. IOT, subseq. a V.M. MAS.		
AP:			
VM:	MOD-Modal:	PSV	PC:
	TI:	IE:	FIQ:
CD:	THB:	TEP	TEP
	Aspiração	Ajuste de Cuff	Troca de Filtro
	TRE	TMV	MRA
	Posicionamento:		
	Cinesioterapia:		
Monit. Vent. Cest:	Cdyn:	RVS:	IRSS:
	Transporte:		
	Rotina/Intercorrências:	Sabrina K. L. Negromonte Fisioterapeuta CREFIO 234084-F	


  

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO
GASO:	38	01/07	PH: 7,46 PaO2: 160 PCO2: 32,9 HCO3: 23,6 BE: 1,0
GASO:			PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:
GASO:			PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:
HEMOGRAMA:			
TOMOGRAFIA:			
RAIO X:			
OUTROS:			
Observações:	Fio2 22%		

19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO**[illegible]

NOME: Daniel Gonçalves																																																																								
DATA: 28/06/18			SETOR: A2U			LEITO: 08																																																																		
H.D.			IDADE: 35 ANOS			ADMISSÃO:																																																																		
HORA: 21:50 FC 72 bpm FR 18 bpm PA 112/76 PAM 47.6 (mmHg) SpO2 95% T 36.5																																																																								
REAVALIAÇÃO: Paciente com GGA, mantendo gelado analgésico. Volemia estável com gelado mantido. Em VC + P+T + AA, Pac, sem necessidade de ajuste de medicação, com sinais de desconforto respiratório.																																																																								
AP: MV 4 com AWT, com sinais de desconforto																																																																								
VM: MODO-MODAL: Tr		PC: IE		VT: FIO2		PEEP: FLUXO		PI: SENS																																																																
CD: <input checked="" type="checkbox"/> THB		<input checked="" type="checkbox"/> TEP PASSIVO		<input type="checkbox"/> TEP ATIVO		<input 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Posicionamento: 30°																																																																								
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia:																																																																								
Monit. Vent. Cest:			Cdyn:		RVS:		IRSS:		PaO2/FiO2:																																																															
<input type="checkbox"/> Transporte:																																																																								
<input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências:																																																																								
<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>TOMOGRAMA/IA:</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> </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:								TOMOGRAMA/IA:								RAIO X:								OUTROS:							
EXAME	DATA	HORA	RESULTADO																																																																					
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																	
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																	
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:																																																																	
HEMOGRAMA:																																																																								
TOMOGRAMA/IA:																																																																								
RAIO X:																																																																								
OUTROS:																																																																								
Observações:																																																																								

19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bmf: 21:20

Paciente vit-e de A. anticonvulsivo, Inconsuente.  
+ intubação orotraqueal.

E.F.: Epitaxe; Prótez Remanente associada a mudo,  
locação em laço sup.; excoação em fac + filim  
mudo. fplb.

CD: ① Renocia do

② Contide sangrento - Intracanal

③ Salicito TC fac

④ Leavalição Bmf.

Jorge Eduardo Alves  
Otorrinolaringologista  
CRM-PB 4808

22:30 (Bmf)

Paciente interno pela NCE,

TC: Fract. de Maxila bilateral + Complexo Zigomático  
Bilateral + Assalto de órbita Bilateral + parede  
lateral de órbita e. + D.

CD: ① Extra.  
② Paciente interno pela NCE, após os devidos  
tratamentos, necessita de tratamento cirúrgico Bmf.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Alta hospitalar

( ) JA revela

( ) Decisão Médica

( ) Óbito

*Caroline Santos da Costa*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

PREVIDÊNCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
Nº. JOÃO PESSOA


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME <b>DANIEL GONCALVES NASCIMENTO</b>		
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 38851590 SSP/SP	
	CPF 042.579.264-14	DATA NASCIMENTO 27/07/1982
	FILIAÇÃO ASCENDINO ALVES DO NASCIMENTO MARIA DE FATIMA GONCALVES NASCIMENTO	
	PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]
Nº REGISTRO 03790075706		
VALIDADE 16/12/2019		
1ª HABILITAÇÃO 21/02/2006		
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL OSASCO, SP		
DATA EMISSÃO 18/12/2014		
 Daniel Ammerberg Daniel Ammerberg, DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO, SP		
08877096551 SP655516638		
DETRAN-SP (SAO PAULO)		

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1045633472

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1045633472

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO  
19 NOV. 2018  
SISTEMA DE REGISTRO DE ATOS



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

NOME  
**INÁCIO BRUNO SARMENTO**

INSCRIÇÃO  
**21472**

Afiliação  
**FRANCISCO BRUNO E SILVA  
MARIA AUXILIADORA SARMENTO**

NACIONALIDADE  
**OLHO D'ÁGUA-PB**

DATA DE NASCIMENTO  
**24/10/1978**

CPF  
**038.781.814-08**

DATA DE EMISSÃO  
**23/03/2017**

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE





ASSINATURA DO ADVOGADO





USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.589/94)

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

SELO DIGITAL: A914366-7035

Consulte a autenticidade em: [protocolo.ajpb.jus.br](http://protocolo.ajpb.jus.br)

**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Marques do Herval, 93 - Centro Fone: 3311-6035  
CNPJ: 09.365.445/0001-76

**Bel. Pedro Oliveira de Lucena**  
Cartório e Arca de Notário  
é a reprodução fiel do original que me foi exibido

**220617**  
Câmpina Grande

**Bel. Pedro Oliveira de Lucena**  
Tabela

**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO**  
Câmpina Grande  
Pedro Oliveira de Lucena



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011348503348  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 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 ANT. / UF IAB4739 SP CHASSI 9BGSA19907B180546

ESPECIE TIPO PAS/AUTOMOVEL COMBUSTIVEL GAS/ALC/GN

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

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

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 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 GERAIS  
www.dpvatseguradora.com.br  
SAC DPVAT

VIA 1 CPF / CNPJ 07753096486

RENAVAM 00900263466 GM/C

ANO FAB. 2006 CAT. TARIF. 1 9BGSA1

PRÊMIO  
\*\*\*\*\* (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO  
COTA ÚNICA

SEGURADOR

CNPJ 09.000.000/0000-00

www.seguradora.com.br

36473-1310478-2

PROTÓCOLO  
19 NOV. 2018  
SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

**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 ZIGOMATICO 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 sequela (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

( X ) "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 às 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

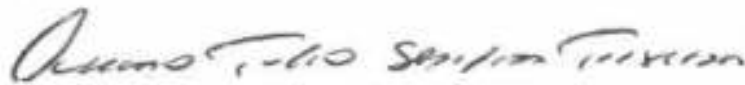
Região Corporal (Sequela):

% 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 Tulio 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 ZIGOMATICO 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 Tulio 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:	Brasileira
PROFISSÃO:	Mecânica
IDENTIDADE:	38857590
ENDEREÇO:	Manoel Cavalcante s/nº 297 Palmeira

## OUTORGADO

NOME:	Inácio Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB 21472
IDENTIDADE:	2131933
ENDEREÇO:	Rua Dinamitico Plus Corua - 1020 - C. Grande - 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)



DANIELA DE ALMEIDA

Escritor Autorizada

19 NOV. 2018

PROTOCOLADO

AN PESS



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418269/18

**Vítima:** DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

**CPF:** 042.579.264-14

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Titular do CPF:** DANIEL GONCALVES  
NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

INACIO BRUNO SARMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA