

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** 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 Microemp	
Endereço Rua Momel Cavalcante		Número 291		Complemento	
Bairro Palmeira		Cidade Campina Grande		Estado PB	
Email mccibruno.adv@gmail.com		CEP 58100-000		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

NRO.

0041

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

547922

D/V

9

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(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



Assinatura
eletrônica

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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034616B01



PRF

NARRATIVA

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

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	



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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034616B01



PRF

V1



IAB4739

Placa: IAB4739 - Registro Nacional

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

Renavam: 00900263466

Chassi: 9BGSA19907B180546

Tipo de Veículo: Automóvel

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.



Assinatura
eletrônica

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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034616B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



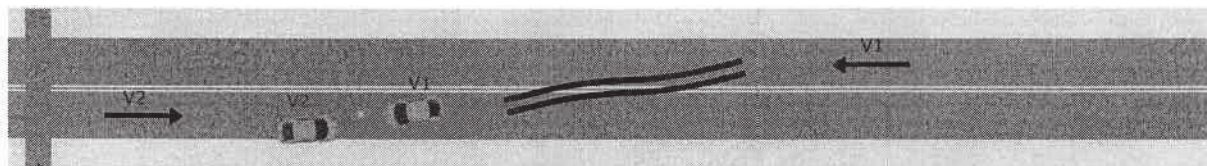
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



lombada física



CAMPINA GRANDE

POCINHOS



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



MNK8132

Placa: MNK8132 - Registro Nacional

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

Renavam: 00910549168

Chassi: 93HFA65407Z202344

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

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

PROPRIETÁRIO

Nome: FLAVIO HENRIQUE DE ALBUQUERQUE

CPF/CNPJ: 700.114.874-10

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Outro

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



Assinatura
eletrônica

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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034616B01



PRF

V1



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



CONDUTOR

DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

Placa do veículo: IAB4739

Marca/modelo: GM/CLASSIC LIFE

Envolvimento: Condutor

Nome: DANIEL GONCALVES NASCIMENTO

CPF: 042.579.264-14

Data de nascimento: 27/07/1982

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 21/02/2006

Nº Registro: 03790075706

UF: SP

Data de vencimento da habilitação: 16/12/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

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

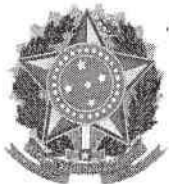
Telefone/email: 83 99931 5954/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2



PASSAGEIRO

ISAQUE NATANAEL LOPES ALMEIDA

Placa do veículo: MNK8132

Marca/modelo: HONDA/CIVIC LXS FLEX

Envolvimento: Passageiro

Nome: ISAQUE NATANAEL LOPES ALMEIDA

CPF:

Data de nascimento: 30/11/2012

Número de identificação/órgão expedidor: 000/000

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

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

Telefone/email: 83 98809 3027/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

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

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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034616B01



PRF

V2



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.

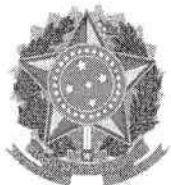
**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** 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 portamalás 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.

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

C. Grande, 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

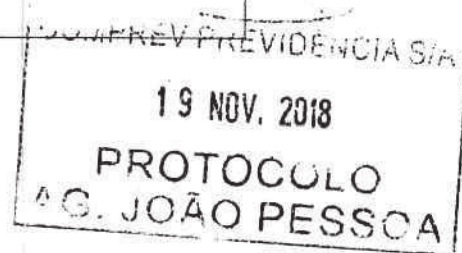


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 8 de agosto de 2018.



Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

Emissão: 15/10/2018 Referência: Out/2018 BR230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA TRIFÁSICO CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.000.839-1
Roteiro: 6 - 401 - 356 - 1780 Nº medidor: 00008028042



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.079.400
Cód. para Déb. Automático: 00001102826

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

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

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

Canal de contato
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/08/18	11544	15/10/18	11647	1	102	39

Demonstrativo		Valor Base Calc - Aliq - ICMS (R\$)	Base Calc - Pis (R\$)	Col (R\$)
Quantidade	Tarifa C/	ICMS (R\$)	Pis (R\$)	Col (R\$)
CCl	Descrição	Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	Pis (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,262240	7,56	2,04
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,432430	30,27	8,17
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	2,000 0,848660	1,29	0,35
0601	Adic. B. Vermelha	4,04	4,04	1,09
0610	Subsídio	40,48	40,48	10,93
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIB ILUM PUBLICA	5,20	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 08/2018	0,82	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 09/2018	0,10	0,00	0,00
0905	MULTA 08/2018	1,54	0,00	0,00
0905	MULTA 09/2018	1,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,57	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018	0,06	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio	-27,10	0,00	0,00
TOTAL		85,84	83,65	22,58

Média últimos meses (kWh) **98** **VENCIMENTO 22/10/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 65,84**

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

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 14-401-754-1892 Nº medidor: 00008087924

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.829.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.838-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.957.347
Cód. para Débito Automático: 00002515013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
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	1488	31

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Taxa R\$	Valor Base Calc.	Alto	Consumo (R\$)	Base Calc. Pot (R\$)	Consumo (R\$)	
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pot/Consumo (R\$)	(0,733226) (0,400195)		
0501	Consumo em kWh	143,000	0,703965	100,86	100,86	25	25,18	100,86	0,74 3,92
9501	Adic. B Vermelha			10,09	10,09	25	2,52	10,09	0,97 0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0207	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			15,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,30

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	126,45	110,75	27,68	110,75	0,91	3,76
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh): 75

VENCIMENTO 16/10/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 126,45

Histórico de Consumo (kWh)											
16	0	46	10	0	43	178	133	127	120	97	129
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Aplicado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	220	21,81	17,09
DIA TRIMESTRAL	10,82				42,49	33,60
DIA ANUAL	21,25				5,25	4,15
FIC MENSAL	3,36	0,00	CONTRATADA	202	9,15	7,24
FIC TRIMESTRAL	8,72		Limite Inferior	202	47,95	37,92
FIC ANUAL	13,45		Limite Superior	231	0,00	0,00
DMIC	3,03	0,00				
DICR	12,22					
				Total	126,45	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 22,41

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

energisa

Roteiro: 14-401-754-1892

Matrícula: 251501-2018-09-4

VENCIMENTO 16/10/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 126,45

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



ENERGISA PREVIDENCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTOCOLADO

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Maício Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, CG na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Gonçalves Norceminto inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 579 264 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Daniel Gonçalves Norceminto, 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 Coruio</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>06a 02</u>
Bairro <u>Dinameneo</u>	Cidade <u>Campino Grande</u>	Estado <u>SP</u>	CEP <u>138400000</u>
Email <u>maiciobrunoedu@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999885548</u>

C. Grande, 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:

CPE:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:85266212521

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

Atend:10/06/2018

CONVÊNIO:SUS

Médico:

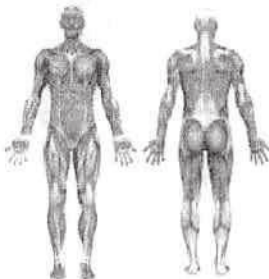
CRM:

Especialidade:

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. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
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. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

TCC TCC grave + politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente carro-carro, colisão frontal, alcoolizado, com cinto.

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
12/07/18

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
10/06/18

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
11/06/18

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

DOENÇAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () m. direito e () m. esquerdo

Glasgow 6 PA HGT: SatO2
A: IOT - VAS com muita secreção sanguinolenta.
B: Tiragem GASP FR > 40 ipm.
C: Pulso cheios, quentes
D: ECG: 6 / Pulpas anisocóricas
E: Auscultação difusa

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: FAST
() Gasometria arterial () Radiografias: Rx torax / pulm
() Tomografia Computadorizada () Outros

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

Especialista: BMF, Dr. Jozéice às 20:20 Dia 10/06/18

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Fentanyl 02 FA, EV	
2	Midasolan 02 FA, EV } + 200ml SF	
3	Fazer 10 ml/hora.	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Antônio Gondim
Médico Cirurgião
CRM-PB 6767

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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 do Nascimento		
End:	Monsel Sadete Cavalcante 291	Bairro:	Continental
Data de Nascimento:	27/06/82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ar	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 12.10582

COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO 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 POSIÇÃO DORSAL, ASSÉPSIA E ANTISÉPSIA.
2. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS.
3. CERVICOTOMIA ANTERIOR.
4. DISSECÇÃO POR PLANOS.
5. ABERTURA DA TRAQUEIA em 2º ARCO TRAQUEAL.
6. INTRODUÇÃO DE CÂMULA TRAQUEAL Nº 9
7. FIXAÇÃO DA CÂMULA
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO.

Dr. Eron Maciel Jerônimo
CIRURGIÃO TORÁCICO
CRM - PB 5683

COMPREV PREVIDÊNCIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Daniel Gonçalves do Nascimento 27-06-82

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA met. usurg. c. fixação de C. de Maxilar CIRURGIÃO Dr. Gustavo em Regim. de UR

ANESTESIA geral ANESTESIA Dr. Leonardo

INSTRUMENTADORA Dúrcia 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/ O ₂ g.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. 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	
	Enbutorane	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
01	Clonidina	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.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Proxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon 2-0	
01	Propofol	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	
	Flaxidól 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.	Reinforcado			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	01	SB Normotérmico fr 500 ml	PIPAC
01	Leix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinalol.	Seringa desc. 10 ml	01	SB Hipertérmico fr 500 ml	
01	Metoprolol	Seringa desc. 20 ml	01	SO Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática		A. Corta	
01	Cefteroxima	Sonda Uretral nº 16,10			
01	Clotatil	Sterydrem ml			
01	Mercaina CIV	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	Eletrodo			
	Agulha p/ raque nº	Tubo aramado 7.0			
01	Álcool de Enfermagem	Filtro			
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

☒ Oxímetro de Pulso
☐ Serra
☐ Desfibrilador
☒ Foco Frontal
☐ Fonte de Luz
☒ Foco Ampliar
☒ Eletrocautério
☒ Oxícapiógrafo
☒ Cardiomonitor
☐ Perfurador Elétrico

CIRCUANTE RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: DANIEL GONCALVES Nse			IDADE: 35	SEXO: M	COR:	
DATA: 13/07/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO OK					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO L.O.T.C			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		
8h								
AGENTES ANESTÉSICOS	O ² AR 50% 50%				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS	SF 500, SRL 500, SF 500				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo esparmo: _____ Lenta: _____			
CÓDIGOS					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	260 125 25 25 25 25 25 25				1 - Fentanyl			
	220 120 25 25 25 25 25 25				2 - Atropina 60			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	200 35 35 35				3 - Propofol 200			
	180				4 - Cloruro 25			
POSICÃO	160				5 - Nauseidon 45			
	140				6 - ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
AGENTES	120				Não, por quê? _____			
	100				7 - Telenorm 38			
TÉCNICA	80				8 - DESPERTAR			
	60				Reflexos na SO: _____			
OPERAÇÃO	40				Obstr.: _____ Excit.: _____			
	20				19 NOV. 2018			
CIRURGIÕES	XO				Vômitos: _____			
					Outros: _____			
ANESTESISTAS					PROTÓCOLO			
					Com cânula: _____			
OBSERVAÇÕES					Para o teto: Sim _____ Não _____			
					CONDIÇÕES:			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

ANESTESIA Geral Balanceada Bi-oxig

AGENTES: C.F. 200, Telenorm 38, Ven. 500ml

TÉCNICA: INT. e P.O. 100ml

OPERAÇÃO: Trat. Garg. F.O. 100ml

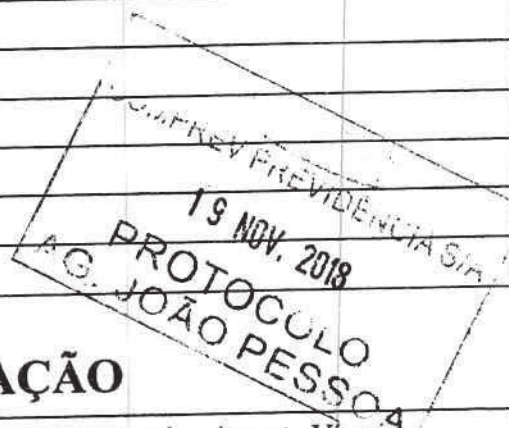
CIRURGIÕES: Dr. Gustavo

ANESTESISTAS: Dr. LONARDO

CÂNULAS: Colono VIK



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			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) PACIENTE EM DBH SOB ANESTESIA GERAL
2) ANTISSEPSE EXTRA-BOCAL E INTRA-BOCAL
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS + TAMPÃO DRAFARÍNGEO
4) INFILTRAÇÃO COM NOVOCAÍNA C/ VASO
5) ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
6) REFRATURA DA MAXILA E REPOSIÇÃO INTERNA E REDUÇÃO
7) REDUÇÃO DO 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 DRAFARÍNGEO

Prof. Gustavo J. de Luna Campos
Cirurgia e Traumatologia
Maxilo-Facial
R. 1332

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Dr. R. 6.00 Anest. + 10</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					ELETRACARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de fêmur - 6.00</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO						
	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____						
LÍQUIDOS	Laringo espasmo: _____ Lenta: _____						
	Náuseas: _____ Vômitos: _____						
Outros: _____							
MANUTENÇÃO							
CÓDIGOS	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____						
	Não, por quê? _____						
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	DESPERTAR						
	Reflexos na SO: _____						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____						
	Náuseas: _____ Vômitos: _____						
POSIÇÃO	Outros: _____						
	Em cânula: _____						
AGENTES	Paro o Leito Sim _____ Não _____						
	CONDIÇÕES:						
TÉCNICA	CÂNULAS						
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
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 INÍCIO FIM

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan 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 Macrogolas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogolas		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 ₂ O ₂ 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 Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	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	Silverson	Sonda Uretral nº 14			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Conduto de Traqueostomia			
	Aguilha p/ raque nº	nº 10			
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
EQUIPAMENTOS
JOÃO PESSOA

- (X) Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- (X) Eletrocautério
- (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

Paciente DANIEL GONÇALVES DO NASCIMENTO Alojamento 2 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13.07.18	① DIETA RASIOSA APÓS BOM APROXIMO		☒ BMO 33° DIH
	② SE 0.9% 1000ml CV 24/24H	12h 24h	PACIENTE SUBMETIDO À CIRUR-
	③ CLINDAMICINA 300mg CV 8/8H	14h 24h	RIA DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO
	④ DEXAMETASONA 4mg IV 12/12H	18h 06h	DE FRATURAS DE MAXILA E
	⑤ DIFENIDOL 25 (FA 4mg) CV 12/12H	18h 24h	ZIGOMA (D) COM PLACAS E
	⑥ OMEPRAZOL 40mg CV 1X/DIA	06h	PROTETORES.
	⑦ NAUSEVON 8mg CV 8/8H	14h 24h	ED: SOLICITAÇÃO DE TC NOS
	⑧ HIGIENE BUCAL 3X/DIA (PENEIRO)		PRONATÓRIA
	⑨ CABCOCIDA 1200mg 30'		ACORDANDO AVALIAÇÃO
	⑩ SSUVICOGG		DE BOMBO

Dr. Rogério Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente - CRO-PB 5816

Dr. Rogério Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente - CRO-PB 5816

MD0.035

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



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: DANIEL GONÇALVES DO NASC.	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 da FACE

2. Resultado dos principais exames

FRATURAS MÚLTIPLAS na FACE
DO TIPO LEFORT III

3. Evolução e complicações

34^o DIH
24 em UTI

4. Terapêutica realizada

CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO + REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM
PLACAS E PARAFUSOS

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

O MESMO

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- 1) RECURSO DEMICILIAR
- 2) DIETA PASTOSA
- 3) MEDICAÇÕES V.O
- 4) ORIENTAÇÕES

5 R-TOCHO P-EDMADO



7. Condições de alta

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

Campina Grande, 14 de 07 de 2018

Dr. Roginaldo Fernandes
Cirurgia e Odontologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente - CRO-PB 6816

Responsável pelo resumo

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: M FC 107 bpm FR 12 lpm PA 120 mmHg SpO2 95% T 36.5°C

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG, Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 470 PEEP: 5 PI: 19 PS: 9
TI: 1.4 IE: 1.25 FIO2: 60% FLUXO: SENS: 4 FR: 12/22 VM: 12.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

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

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG, Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 521 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9
TI: 1.72 IE: 1.25 FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

NOME: Renil Alves de Vencimento

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

H.D: TCE 610v IDADE: 35 ADMISSÃO: 11/06/18

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

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 609 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9
TI: 1.72 IE: 1.25 FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.1

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

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

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG, Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 521 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9
TI: 1.72 IE: 1.25 FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

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

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG, Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 521 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9
TI: 1.72 IE: 1.25 FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

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

REAValiação: Paciente evoluiu em EGG, Sedado, 4cm/1h (transiente, pouco vital, presença de traqueostomia, em VMI/TAI, adaptado a VM, MAS

AP: MU (+) em ANTA com R2000

VM: MODO-MODAL: PCV PC: 10 VT: 521 PEEP: 5 PI: 15 PS: 9
TI: 1.72 IE: 1.25 FIO2: 40% FLUXO: SENS: 4 FR: 18 VM: 9.9

CD: THB: ☐ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ 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

Transporte: ☐

Rotina/Intercorrências: ☐

Fisioterapeuta CREFITO: 234084-F

Fisioterapeuta CREFITO

PROTÓTIPO PREVIDÊNCIA
19 NOV. 2018
PROTÓTIPO
G. JOÃO PESSOA

HORA:	T	FC	bpm	FR	bpm	PA	PAM	(mmHg)	SpO2	%	T	°C		
REAVIAÇÃO:	Pac. com 4 meses de idade; recuado; não está;													
AP:	M - 14 anos													
VM:	MODO-MODAL:		PSV		PC:		VT:		PEEP:		PI:		PS:	
	Ti:		IE:		FIO2:		FLUXO:		SENS:		FR:		VM:	
CD:	☒ THB:		☐ TEP		PASSIVA		☐ TEP		ATIVA		☐ 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 FISIOTERAPEUTA CRP 75802-F														

[illegible]

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA:	FC	67	bpm	FR	13	lpm	PA	130x70	mmHg	SpO2	95	%	T	36	°C
REAVIAÇÃO: Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, misseu el. a v. v. tomou 100ml em V.M. IOT, adaptado a VM.															
AP:															
VM:	MODO-MODAL:	PC:	VT:	PEEP:	PI:	PS:									
	TI:	IE:	FIO2:	FLUXO:	SENS:	FR:	VM:								
CD:	☒ THB:	☐ TEP	☐ PASSIVA	☐ TEP	☐ ATIVA	☐ 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 CREPITO: 234084-F															

HORA:	FC	67	bpm	FR	13	lpm	PA	130x70	mmHg	SpO2	95	%	T	36	°C
REAVIAÇÃO: Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, misseu el. a v. v. tomou 100ml em V.M. IOT, adaptado a VM.															
AP:															
VM:	MODO-MODAL:	PC:	VT:	PEEP:	PI:	PS:									
	TI:	IE:	FIO2:	FLUXO:	SENS:	FR:	VM:								
CD:	☒ THB:	☐ TEP	☐ PASSIVA	☐ TEP	☐ ATIVA	☐ 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 CREPITO: 234084-F															

NOME:	Renel Gonçalves da Noronha														
DATA:	01/07/18	SETOR:	Agil	LEITO:	08										
H.D:	110 max	IDADE:	35	ADMISSÃO:											
HORA:	FC	61	bpm	FR	17	lpm	PA	117x73	mmHg	SpO2	95	%	T	36	°C
REAVIAÇÃO: Paciente evolui em G66, SI Subseq. ACP para contínuo, misseu el. a v. v. tomou 100ml em V.M. IOT, adaptado a VM.															
AP:															
VM:	MODO-MODAL:	PC:	VT:	PEEP:	PI:	PS:									
	TI:	IE:	FIO2:	FLUXO:	SENS:	FR:	VM:								
CD:	☒ THB:	☐ TEP	☐ PASSIVA	☐ TEP	☐ ATIVA	☐ 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 CREPITO: 234084-F															

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO					
GASO:	38	01/07	M	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

HORA: 08:30 FC 88 bpm FR 18 lpm PA 122/41 PAM 68 (mmHg) SpO2 — % T — °C

REAValiação: Paciente com QCC, com coluna em posição, respiração adequada, nível de consciência adequado, sem sinais de desidratação. Diurese 400 ml. Em ventilação mecânica com suporte ventilatório adequado, com nível de desconforto reduzido.

AP: MV 4 em AAT, com sinais vitais estáveis

VM: MODO-MODAL: — PC: — VT: — PEEP: — PI: — PS: —
TI: — IE: — FIO2: — FLUXO: — SENS: — FR: 18 VM: —

CD: ☒ THB: ☒ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspição ☐ 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: —

HORA: 09:00 FC 80 bpm FR 18 lpm PA 120/105 PAM 111 (mmHg) SpO2 — % T — °C

REAValiação: Paciente com QCC, mantendo nível de consciência adequado, sem sinais de desidratação, com nível de desconforto reduzido.

AP: MV 4 em AAT, com sinais vitais estáveis

VM: MODO-MODAL: — PC: — VT: — PEEP: — PI: — PS: —
TI: — IE: — FIO2: — FLUXO: — SENS: — FR: 18 VM: —

CD: ☒ THB: ☒ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspição ☐ 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: —

NOME: Daniel Gonçalves

DATA: 28/06/18 SETOR: A201 LEITO: 08

H.D: IDADE: 35 anos ADMISSÃO:

HORA: 21:00 FC 77 bpm FR 18 lpm PA 112/76 PAM 86 (mmHg) SpO2 — % T — °C

REAValiação: Paciente com QCC, mantendo nível de consciência adequado, sem sinais de desidratação, com nível de desconforto reduzido.

AP: MV 4 em AAT, com sinais vitais estáveis

VM: MODO-MODAL: — PC: — VT: — PEEP: — PI: — PS: —
TI: — IE: — FIO2: — FLUXO: — SENS: — FR: 18 VM: —

CD: ☒ THB: ☒ TEP ☐ PASSIVA ☐ TEP ☐ ATIVA ☐ O2 ☐ VNI

☒ Aspição ☐ 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: —

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

PROTOKOL PREVIDENCIA SA
19 NOV. 2018
PROTOKOLO
AC. JOAO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bmf: 21:20
 Paciente vítima de A. anticonvulsivo, Inconsciente.
 + intubação orotraqueal.

E.F. Epitaxe; Prótese Remanente associada a mudo,
 localização em boho sup.; escarificação em face + fcl em
 mucosa fclt.

- CD: ① Renovação do ~~RM~~.
 ② Controle sangramento - Intracanal
 ③ Solicito TC face
 ④ Realização Bmf.

Jorge Eduardo Alves
 Cirurgião Maxilofacial
 CRM-PB 4806

22:30 (Bmf)
 Paciente internado pela NCE,

TC: Fract. de Maxila bilateral + Complexo Zigomático
 Bilateral + Assimetria de órbita Bilateral + parede
 lateral de órbita E. + D.

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

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

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

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

CONFREV 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 DANIEL GONCALVES NASCIMENTO	
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
	CAT. HAB. AB
NP REGISTRO 03790075706	VALIDADE 16/12/2019
	1ª HABILITAÇÃO 21/02/2006
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL OSASCO, SP	DATA EMISSÃO 18/12/2014
 Daniel Annenberg DIRETOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS - SP Assessoria Especial	
DETRAN - SP (SAO PAULO) 08877096551 SP655516638	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1045633472

PROIBIDO PLASTIFICAR
1045633472

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

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
SISTEMA DE REGISTRO



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

NOME
INÁCIO BRUNO SARMENTO

INSCRIÇÃO:
21472

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

NACIONALIDADE
OLHO D'ÁGUA-PB

RG
2131933 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
24/10/1978

CPF
038.781.814-08

VIA EXPEDIDO EM
02 23/03/2017

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

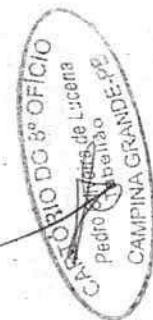


USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.966/94)

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herói, 83 - Centro Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.445/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Certifico e não há que a presente cópia fotostática
é a reprodução fiel do original que me foi exibido
CAMPINA GRANDE 220617
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabela

SELO DIGITAL: APL4366-7035
Consulte a autenticidade em: selodigital.tpb.jus.br



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. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 1 IOF (R\$) 1 PRÊMIO TOTAL (R\$) 1 DATA DE PAGAMENTO 01/10/2013

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 1

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1

PAGAMENTO 1

SEGURADOR

CNPJ 09.000.000/0000-00

www.seguradora.com.br

36473-1318478-2

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

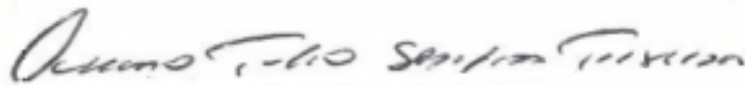
Região Corporal (Sequela):

% 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:	Rua Manoel Carlos Leal n.º 297 Palmeira

OUTORGADO

NOME:	Inácio Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB 21472
IDENTIDADE:	2131933
ENDEREÇO:	Rua Dinâmica 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)



REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS
TABELIONATO DE NOTAS
Rua Venâncio Nova, 122 - Centro - Campina Grande - PB
CEP: 53040-000 - Fone: (31) 3321-3005

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

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

Daniela de Almeida - Escrevente

[2018-006526]EMUL:R\$ 9,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,07

SELO DIGITAL: AHN74642-XFCI

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

DANIELA DE ALMEIDA

Escrevente 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 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