

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180407619**

Vitima: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**

Data do Acidente: **06/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180407619**.

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 13341316



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180407619**

Vitima: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**

Data do Acidente: **06/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180407619**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180407619**
Vítima: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Data do Acidente: **06/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180407619**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180407619 **Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**

Data do Acidente: 06/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

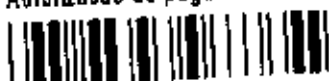
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 com 16 ou 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

105482124-06

Nome completo da vítima

Rafael Lombaím de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Rafael Lombaím de Souza		105482124-06			
Endereço		Número		Complemento	
Rua Leonardo Lombaím		10			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro	Mão D'água	PE	58740-000		
Email					
DRLUAN DANTAS @ GMAIL.COM					

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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0043	013	00181499	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO	
Nome			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Mão D'água, 13 de Agosto de 2018
Local e Data

Rafael Lombaím de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.287.036 EXPEDIDO POR SESP/SC EM 02/07/14 E
 CPF (1)05(4)8(2)2(4)0(6) /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO SERVEENTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0043 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00181499-7

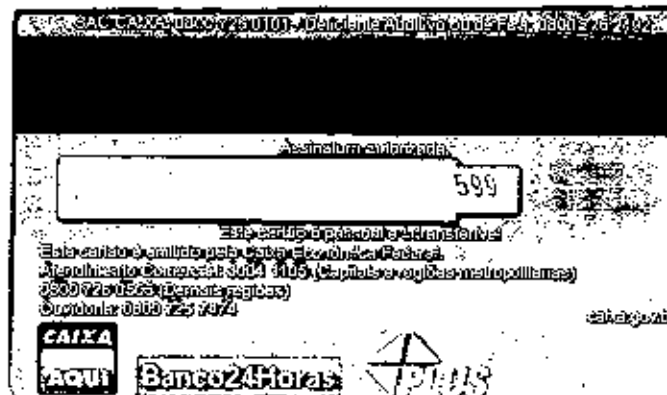
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MÃE D'ÁGUA - PB DATA 14/08/18ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Rafael Camboim de Souza

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

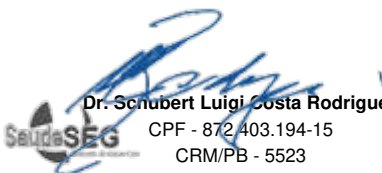
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180407619
Nome do(a) Examinado(a): Rafael Camboim de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Leonardo Camboim, 10
Centro Mae D Agua PB CEP: 58740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SC] 7287036
Data local do acidente: [06/05/2018]
Data local do exame: [28/01/2019] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE, FRATURA DE MASTOIDE, FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DA ATM.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PERMANECER EM COMA POR 21 DIAS, TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE, RECEBEU ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES DE REPOUSO EM CASA.
Complicações: PERDA AUDITIVA APÓS TRAUMA.
Data da Alta: 28/07/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE NORMAL SEM CICATRIZES, SEM DEFORMIDADES EM FACE OU CRÂNIO, RELATA DIFICULDADE AUDITIVA EM ORELHA ESQ., APRESENTA AUDIOMETRIA QUE CONFIRMA PERDA AUDITIVA DE ALGUMAS FREQUENCIAS A ESQ.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA AUDITIVA A ESQ DE CARATER GRAVE.
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 o 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523



Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3427/2018



Aos **NOVE (09) dias** do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL. DEMETRIUS PATRICIO LIMA DE MELO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Ai, por volta das 09h15min compareceu: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**, brasileiro (a), solteiro (a), Servente de Pedreiro, com 26 anos, data de nascimento 27.12.1991, RG: 7.287.036 SSP/PB, CPF:105.482.124 06, natural de Mãe D'água - PB, filho (a) de Luiz de Souza Camboim e de Vânia Maria de Souza, residente na Rua Leonardo Camboim, nº 10, bairro Centro, Mãe D'água/PB, Fone: (83) 9.81542003 , A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que no dia (06/05/18) por volta das 23h00min conduzia na PB 276 entre as cidade de Mãe D'água/PB e São José do Bonfim/PB, sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, PLACA: MOS 9920/PB, CHASSI: 9C2JC30102R113492, RENAVAM: 00770676774, ANO: 2001/02, COR VERMELHA, Licenciada em nome de Francisco Djanildo Lopes; Que o declarante afirma que um veículo que vinha logo atrás do seu fez uma ultrapassagem e após a manobra fechou a estrada para ele; Que o declarante diz que freou para não colidir com o carro, porém com a frenagem perdeu o controle vindo a cair, perdendo os sentidos na hora; Que o declarante foi socorrido por uma pessoa que passava e em seguida acionou o SAMU que prestou os primeiros socorros e o conduziu para o HRP de Patos/PB; Que ao diagnosticar a gravidade das lesões, o declarante foi transferido para o hospital de trauma de Campina Grande/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. [Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Penã Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Rafael Camboim de Souza.

Patos/PB, 09 de Agosto de 2018.

Hermando Barbosa Rodrigues
Policial Civil
Mat.: 168.548-1

21-AGO-2018 18:03 621427

RECEBIDO EM 21-AGO-2018 18:03 621427





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 160.01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA: BRASEL CAMBOIM DE SOUZA

DATA Q. 16. 18	OCORRÊNCIA <u>AMJE</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>BRASEL CAMBOIM DE SOUZA</u>	IDADE <u>45</u>	SEXO ☒ M ☐ F
LOCAL DE OCORRÊNCIA <u>PQ 11E</u>		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Teofilão G. de Almeida</u>	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUESA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

TIPO DE AGRAVO:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☒ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÃO	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO: HRP RESPONSÁVEL: Dr. Teofilão G. de Almeida FUNÇÃO: Emergência

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

Comprovação de ato declaratório



TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Presente politraumatizado, vítima de queda de moto (q.c.)
Transtorno

DADOS VITAIS:

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: NA X FC: 68 TEMP: — °C - GLICEMIA: — mg/dl - E. Com ar: 7 SpO2a/O2: — SpO2v/O2: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Devidente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação

INTERVENÇÕES:

Realização protocolo ABUE, estabilização com colar cervical e prancha rígida;
Oxigenação com 50% O2, administração de pulso, controle de glicemia, administração CPHE;
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Após 2h 05m (12h 05m de 3.00pm)

Paciente homem branco, vítima de queda de moto (q.c.) politraumatizado,
climor, com amputação de membros superiores e inferiores bilaterais. Sinto mobilização
com colar cervical e prancha rígida, medicação (amp. Midazolam - IV + 3mg protocolo IV),
respiração 100 por minuto com TAT N-25 e ventilação manual. De 12h 05m de 3.00pm
injeção de 10 amp. Midazolam e 02 amp. pentarol com este medicamento lento.
Sinto o transtorno até o HRP, sem intervenção.

assinatura do enfermeiro

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

+ 02 SRV
 + 06 amp. Midazolam
 + 03 amp. Fentanyl
 + 03 seringas 50ml
 + 01 seringa 5ml
 + 01 TOT N° 15
 + 01 AMBU adulto
 + 01 colar cervical N°
 + 01 prancha completa
 + 04 compressas
 + 03 potes gazeiro
 + 01 Jatear
 + 01 Manta de
 aspiração N° 12

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☒ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MARIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Politraumático por acidente Motorista.

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☒ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☒ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☒ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☒ SEDUÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1. MIDAZOLAM (EV): 06 amp (2 fl TOT = 4 fl Solução contínua).
2. FENTANYL (EV): 03 ml.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIA (MÉDICOS):

Paciente admitido pela UBS, com trauma de não-mobilizado; ECG: 2. com lesão de corrente alterada. Prescrita analgesia com 7 ml. Prescrita oxigenação através máscara e seringa manual; com seringa de 50ml injetando em linha direta e membros. Transportado para UBS, estabilizado.

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE::

MÉDICO: *Dr. João N. Silva* CRM: *20379* MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Sandra Pereira* COREN: *241.210* MAT: *31949269*

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: *Rougem* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *Leandro* MAT: _____

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
---	--------------------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____		2 - CNES: _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____		4 - CNES: _____

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA			6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____	8 - DATA DE NASCIMENTO: _____	9 - SEXO: Masc. ☐ 1 ☒ Fem. ☐ 3 ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____		11 - TELEFONE DE CONTATO: _____	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____	15 - UF: _____
		16 - CEP: _____	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____
--

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR: _____	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____	20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO	23 - CID 10 PRINCIPAL: _____	24 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: POLITRAUMATISMO		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI (E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE):			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	31 - QTD: _____	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	34 - QTD: _____	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____	37 - QTD: _____	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO * PACIENTE COM NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
_____ _____ _____	

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: ARTURO FERNANDO PEREZ NOGUES		40 - DATA DE ASSINATURA: 07/05/2018
41 - DOCUMENTO: ☒ CNS ☐ CPF	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 2 2 7 5 0 3 2 3 8 0 0	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 

AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: _____	45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____	46 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____
47 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000181499-7

Nr. da Autenticação 99827BB306620DEF



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km. 26 - Oito Andares - João Pessoa / PB - CEP 51071-880
CNPJ nº 005.183/000-40 Ins. Est. 15.015.825-0

Nota Fiscal do Centro de Energia Elétrica Nº009 112674
Código para DDD e atribuição: 00002910540

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
-------------------	--------------	----------------------------------	----------------

Jul / 2018	10/07/2018	09/08/2018	813,924.61
			Inc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/262054-0

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/08/18	4825	10/07/18	5037	1	132	32
Demonstrativo						
Descrição	Debitado Total (R\$)		Venc. Base (R\$)		Valor (R\$)	Debitado Total (R\$)
	Tarifas Totais (R\$)		KAS (R\$)		KAS	Pat.Consumo (R\$)
						(1,044534) (R\$)
0801 Consumo em kWh	132.000 0,239080		97,58	97,56 27	26,34	97,58 1,05 4,87
0802 Adic. B Vermelha			8,89	8,85 27	2,86	8,86 0,11 0,48

For Codem de Classificacão de	TOTAL:	107,42	107,42	29,06	107,42	1,16	6,25
-------------------------------	--------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 17/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 107,42
---------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)	
1990	1000
1991	1000
1992	1000
1993	1000
1994	1000
1995	1000
1996	1000
1997	1000
1998	1000
1999	1000
2000	1000
2001	1000
2002	1000
2003	1000
2004	1000
2005	1000
2006	1000
2007	1000
2008	1000
2009	1000
2010	1000
2011	1000
2012	1000
2013	1000
2014	1000
2015	1000
2016	1000
2017	1000
2018	1000
2019	1000
2020	1000
2021	1000
2022	1000
2023	1000
2024	1000
2025	1000
2026	1000
2027	1000
2028	1000
2029	1000
2030	1000
2031	1000
2032	1000
2033	1000
2034	1000
2035	1000
2036	1000
2037	1000
2038	1000
2039	1000
2040	1000
2041	1000
2042	1000
2043	1000
2044	1000
2045	1000
2046	1000
2047	1000
2048	1000
2049	1000
2050	1000
2051	1000
2052	1000
2053	1000
2054	1000
2055	1000
2056	1000
2057	1000
2058	1000
2059	1000
2060	1000
2061	1000
2062	1000
2063	1000
2064	1000
2065	1000
2066	1000
2067	1000
2068	1000
2069	1000
2070	1000
2071	1000
2072	1000
2073	1000
2074	1000
2075	1000
2076	1000
2077	1000
2078	1000
2079	1000
2080	1000
2081	1000
2082	1000
2083	1000
2084	1000
2085	1000
2086	1000
2087	1000
2088	1000
2089	1000
2090	1000
2091	1000
2092	1000
2093	1000
2094	1000
2095	1000
2096	1000
2097	1000
2098	1000
2099	1000
2100	1000

89	105	113	117	160	149	183	185	150	173	137	114
Jan17	Apr17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor	%
DESEMPENHO		0,00		Serviços de Dist. de Energia TENS	25,00	25,27
QCD TRIMESTRAL	11,59		220	Comunidade Energia	31,5	31,57
QCD ANUAL	73,16			Serviço de Transmissão	4,88	4,87
QCA TRIMESTRAL	3,89	0,00	CONTRATADA	Encargos Extra	6,87	6,84
QCA ANUAL	1,75		202	Impostos Gerais e Encargos	25,52	25,07
QTD TRIMESTRAL	8,49		723	Outros Serviços	0,00	0,00
QTD ANUAL	1,45					
QDA TRIMESTRAL	2,37	0,00				
QDA ANUAL	12,22			Total	107,42	100,00

Valor de Referência: 5/2014=100,00

Yokohama City Univ. 5/2018 150253

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Comprovante de residencia



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEICULO

Eu, Rafael de Souza Camboim, portador de cédula de RG de nº 7287036, inscrito no CPF de nº 105.482.124-06, residente e domiciliado na rua Leonardo Camboim, nº 10, Centro, Mãe D'água-PB, CEP 58740-000, declaro para todos os fins de direito que comprei a motocicleta Honda CG Titan Ks 125, placa MOS9920-PB, do Sr. Francisco Djanildo Lopes antes da ocorrência do acidente sofrido no dia 06 de maio do presente ano. Declaro ainda que não foi possível conseguir a assinatura do proprietário anterior devido o mesmo residir em cidade muito distante e tendo sido todas as formas de comunicação frustradas.

Mãe D'água-PB

11/10/2018

x Rafael Camboim de Souza.

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 10/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Arturo F. Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 14/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Arturo F. Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 18/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Dr. Antonio Carlos de Almeida Neto
MÉDICO
CRM-PB 3165-CPF 72.32.164-49

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 11/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans
Dr. Antonio Carlos de Almeida Neto
MÉDICO
CRM-PB 3165-CPF 72.32.164-49

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 15/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans
Dr. Antonio Carlos de Almeida Neto
MÉDICO
CRM-PB 3165-CPF 72.32.164-49

Documentação médico - hospitalar



Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 19/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

TCE

Dr. Dagiane M. Frazão
Cirurgia Torácica
CRM-PB 6109

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 12/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Ana Livia D. Barreto Silva
MÉDICA
CRM-PB 7606

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 16/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Arturo F. Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 20/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

TCE

Dr. Antonio Bidó Neto
MÉDICO
CRM-PB 8108

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 13/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Ana Livia D. Barreto Silva
MÉDICA
CRM-PB 7606

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 17/05/18

Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Arturo F. Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI

DATA 21/05/18

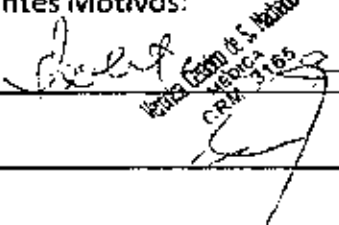
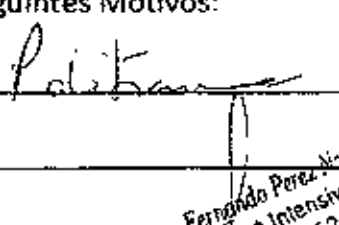
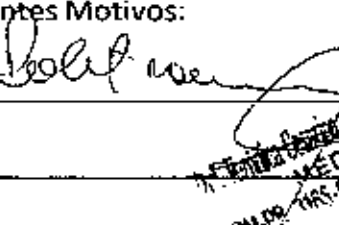
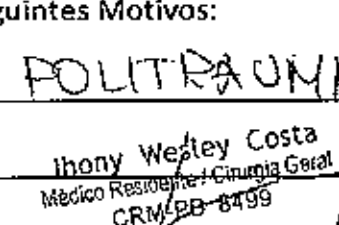
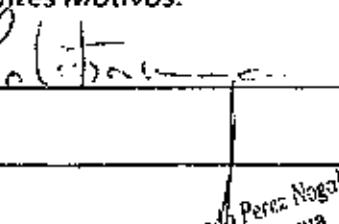
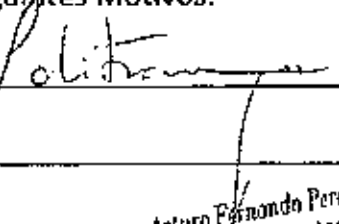
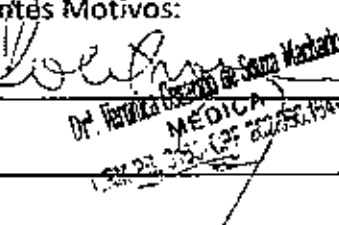
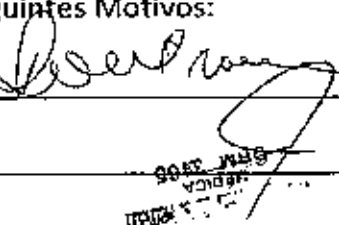
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar

Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:

Politrans

Arturo F. Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 22/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 26/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos: Assinatura e Carimbo Médico (a)
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 23/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos: POLITRAUMA  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos: Assinatura e Carimbo Médico (a)
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 24/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 28/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos: Assinatura e Carimbo Médico (a)
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 29/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 29/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:  Assinatura e Carimbo Médico (a)	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos: Assinatura e Carimbo Médico (a)



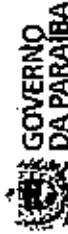
NOME: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA				PRONTUÁRIO: 1649563		
UTI - ROSA	IDADE	26	DUTI	1º	LEITO: 19	

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA – ADMISSÃO ÀS 17:20h									
07/05/2018	- POLITRAUMATISMO → COLISÃO CARRO – ANIMAL (CAVALO) - TCE GRAVE → CONTUSÃO TEMPORAL BILATERAL E FRONTO – PARIETAL DIREITA + HSA T + EDEMA DIFUSO → TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA - ALTERAÇÃO MODERADA DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA									
HD										
DISPOSITIVOS	* CEFTRIAXONA (07/05/18) ☒ TOT ☒ AVC ☐ DRENO ☒ SNG / SNE ☒ SVD ☒ OUTROS: VMI									
CONTROLES 24h		PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
	MAX.	137	75	73	VMI	98	36,0	***	***	***** ml
	MIN.	***	***	***	***	***	***	***	***	
EVOLUÇÃO DIÁRIA	PACIENTE PROVENIENTE DA SALA VERMELHA COM ANTECEDENTE DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO CONTRA ANIMAL (CAVALO). AO EXAME FÍSICO: PACIENTE SEDADO, RASS -4, COM TOT BEM ADAPTADO À VMI, AFEBRIL NO MOMENTO, HIDRATADO, CORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA. PUPILAS ISOCÓRICAS MIÓTICAS PUNTIFORMES, RFM (PREJUDICADO). APRESENTA OTORRAGIA À ESQUERDA. BC: RÍTMICOS, REGULARES, NORMOFONÉTICOS, SEM SOPROS. MV: CONSERVADO AHT. ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO. MMSS e II: SEM EDEMAS.									
CONDUTA	1. SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO									

Arturo Fernando Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

ARTURO F. P. NOGALES

CRM – PB 6520



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1649563

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: 07/05/2018

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA CEP: 58700002 Nascimento: 27/12/1991

Endereço: LEONARDO

Cidade: Patos

Sexo: M

Telefone: 981542003

Idade: 026

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: VANIA MARIA DE SOUZA

RG: 10

Responsável:

Profissão:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 07/05/2018

CNS: 7008000455046686

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 14:23:16

CONVÊNIO: SUS

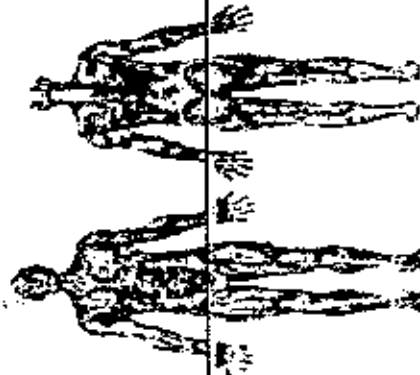
Médico:

Especialidade:

OBSE 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. Eritema súbito
10. Estagnamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Nodulidade
27. Movimento corcêco para Jovel
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Presilha
32. Paratetania
33. Quelimadura
34. Alcinçagla
35. Síndia de Lissuamila
- 36.

QBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

1649563

07/05/2018

RAFAEL

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente trazido pelo SAM com história de colisão carro. Condição: Fac. aditivado com diáspora. Não há trauma físico. Não há trauma físico. Não há trauma físico.

Exame físico: Semelhante a queixa.

ALÉRGIA: (2)

MEDICAMENTOS: (2)

PATOLOGIAS: (2)

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Isocóricas () Anisocóricas () médio fixas

Glasgow () 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

() 15 () 14 () 13 () 12 () 11 () 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0

Dr. Gustavo P. Almeida

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

REALIZADA EM: 20/05/18

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ncia - 07/05 - 15:45

Paciente com história de acidente
traumatológico.

Exame realizado à TCT.

AO Exame:

TCT + VM

Pupila reativas

Reagem à dor.

SI DUA.

TC crânio:

Contusão fronto-basal (D)

Contusão temporal bilateral.

CD: My verga de VTE.

Sin pte clínico.

Sin pte clínico.

Tomas Café Monte Baso

Neurocirurgia

Chirurgia 721

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médico

() Óbito

X *Marina Maria de Sousa*
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

17:10 Cirurgia Geral

Recontar contusão pelo cirurgião para
no momento

As contusões do PCN

Libran da Gmari
CIRURGIÃO GERAL
CRM-RB 1318
CREMEPE 2003

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO:

CBO

IDADE

Ficha de Acolhimento

(SAMU)

Nome:	Rafael Camboim de Souza
End:	R. Leonardo Camboim
Bairro:	Mãe Diógena PB
Data de Nascimento:	22/02/1993
Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Hcto.
Data do Atendimento:	07/05/13
Hora:	14:19
Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

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:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 119

Dr. Rafael
(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional



“DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES”

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)

SEXO: MASCULINO

IDADE: 26 ANOS

PRONTUÁRIO: 1649563

ADMISSÃO UTI: 07/05/18

ADMISSÃO HOSPITAL: 07/05/2018

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1.	POLITRAUMATISMO → COLISÃO CARRO – ANIMAL (CAVALO)
2.	TCE GRAVE → CONTUSÃO TEMPORAL BILATERAL E FRONTO – PARIETAL DIREITA + HSA T + EDEMA DIFUSO → TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA
3.	ALTERAÇÃO MODERADA DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

CONTROLE MEDICAÇÕES

[illegible]



GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Nome: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Idade: **26 ANOS** Data de Nascimento: **27/12/1991**
Leito: **19**

Data	08/05	09/05	10/05	11/05	12/05	13/05	14/05		08/05	09/05	10/05	11/05	12/05	13/05	14/05
Evacuação								BE	09						
Ganhos								HCO ₃	24.4						
Perdas								FiO ₂	50						
Balanço								Lactato	1.8						
Bal. Cumal.								Glicose	144	100					
Sangue								Ureia	22	23					
Diurese								Creatinina	0.9	0.9					
Perdas SNG								Sódio	145	145					
Drechos								Potássio	4.3	3.8					
Temp. min/max								Cloro							
Hemácias	3.38	3.3	2.6	2.22	2.85	2.86	3.1	Cálcio							
Hematócrito	30	27.2	24.0	24.3	25.6	26	26.4	Fósforo							
Hemoglobina	10.1	9.3	8.1	8.1	8.4	8.7	8.5	Magnésio							
Leucócitos	13700	9000	6.3	4000	8500	7300	1420	Proteína							
Bastonetes	8	3	82	3	37	57	82	Albumina							
Segmentados	81	81	01	82	78.4	83.2	72	Globulina							
Eosinófilos	1	0	0	0	2.4	8	01	Bilir. Tot.							
Basófilos	0	0	0	0	8	8	0	B. Direta							
Linfócitos	8	15	12	13	15.4	10.1	14	B. Indireta							
Monócitos	2	1	02	2	2.1	2.1	01	Fosf. Alcal.							
Plaquetas	14200	40300	104800	17000	15200	16000	20200	Amilase							
TP								TGO							
ITPa								TGP							
pH	7.46			7.55				DHL							
PaO ₂	114.3			196.9				CPK							
PaCO ₂	34.2			34.1				CK-MB							
Sat. O ₂	98.2			98.8											

Paciente:	Rafael Leal Coimbra da Souza		Enfermagem:	Uir Rosa	Leito:	19	Data:	09 / 05 / 18
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS						
1	Constipação	Abdome distendido () Dor à evacuação () Outro () Anorexia () Dor abdominal ()						
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()						
3	Déficit no auto cuidado para banho	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()						
4	Dor aguda	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()						
5	Hipertermia	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()						
6	Integridade da pele prejudicada	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro () Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro () Movimentos descontrolados ()						
7	Mobilidade Física prejudicada	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()						
8	Padrão respiratório ineficaz							
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico							
10	Risco de infecção							
11	Risco de queda							
12	Padrão de sono prejudicado	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()						
13	Outro	RCE						
14	Outro							

Avaliação Audiológica

Convênio: SUS
Audiômetro: BETA 6000

Data: 06/12/2018
Calibr: 18/07/2018

Paciente: RAFAEL CAMBOINHA DE SOUZA
Dt. Nasc.: 27/12/1991 - 26 anos Sexo: Masculino
RG: CPF:
Médico Solicitante:

Meatoscopia

Documentação médica - hospitalar

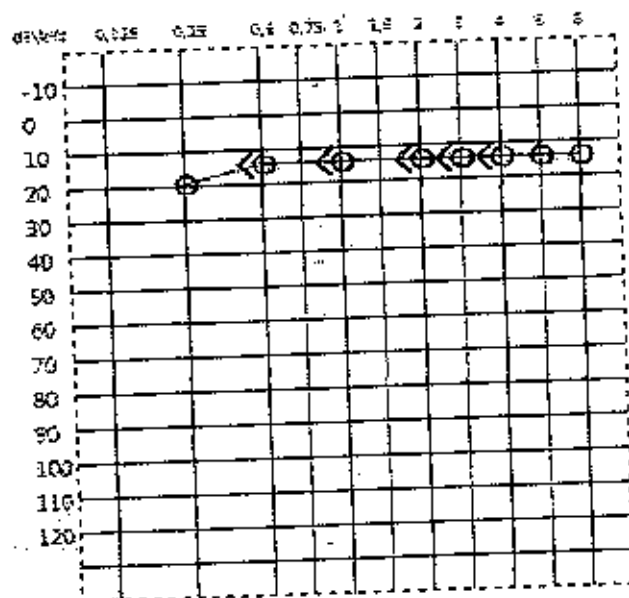


Direita:

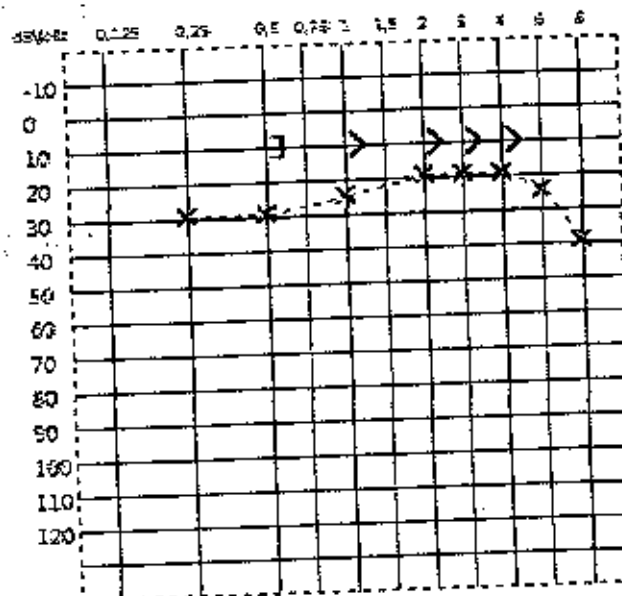
Esquerda:

Audiometria

Orelha Direita



Orelha Esquerda



Audiometria - Valores

		125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
Dir	Aérea		20	15		15		15	15	15	15	15
	Ossea			15		15		15	15	15		
Esq	Aérea		30	30		25		20	20	20	25	40
	Ossea			10		10		10	10	10		

Logaudiometria

IPRF			
	%	Intens. (dB)	Masc. (dB)
D	Mono.		
	Diss.		
E	Mono.		
	Diss.		

LDV		
	D	E
Intens.		
Masc.		

SRT		
	D	E
Intens.	15	20
Masc.		

Parecer do Fonoaudiólogo

OD: LIMIARES AUDITIVOS NORMAIS.
OE: PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM 250Hz, 500Hz E 8kHz.

RECEBIDO

28 DEZ 2018

Seguradora Lider DPVAT

- CRFa6570MG - V. Hirsch Cazamajou

Atendimento: 000000089147

Idade: 26 anos

Paciente: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Data: 16/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS

Técnica:

Aquisição volumétrica de 1,25 mm de espessura com reconstrução multiplanar.

Análise:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

Velamento das células da mastóide e da cavidade epitimpânica envolvendo a cadeia ossicular.

Estruturas do labirinto, parte nervosa e vascular íntegras.

Mastóide direita sem alterações.

Pequeno espessamento mucoso focal no seio maxilar esquerdo.

Impressão Diagnóstica:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

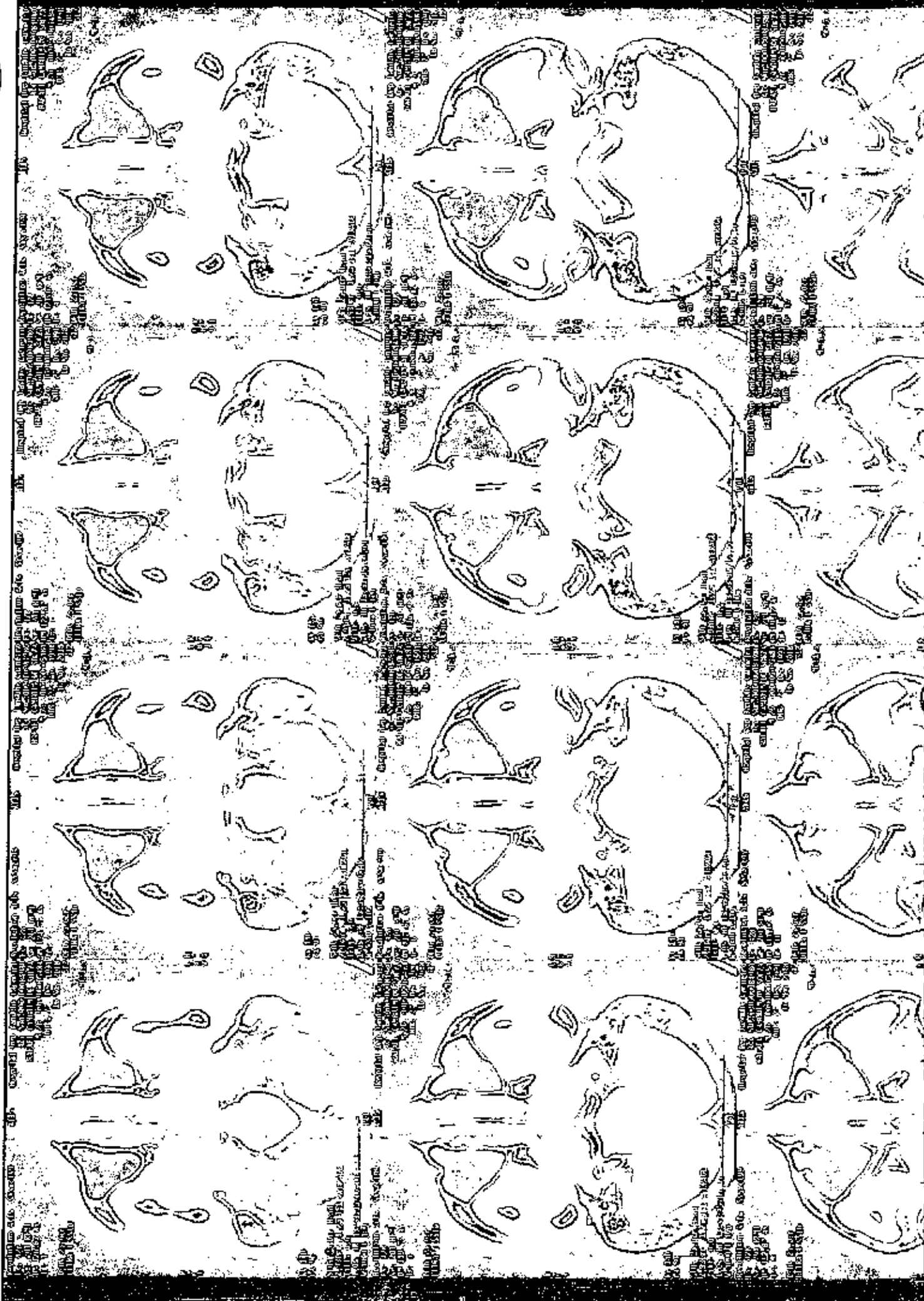
Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

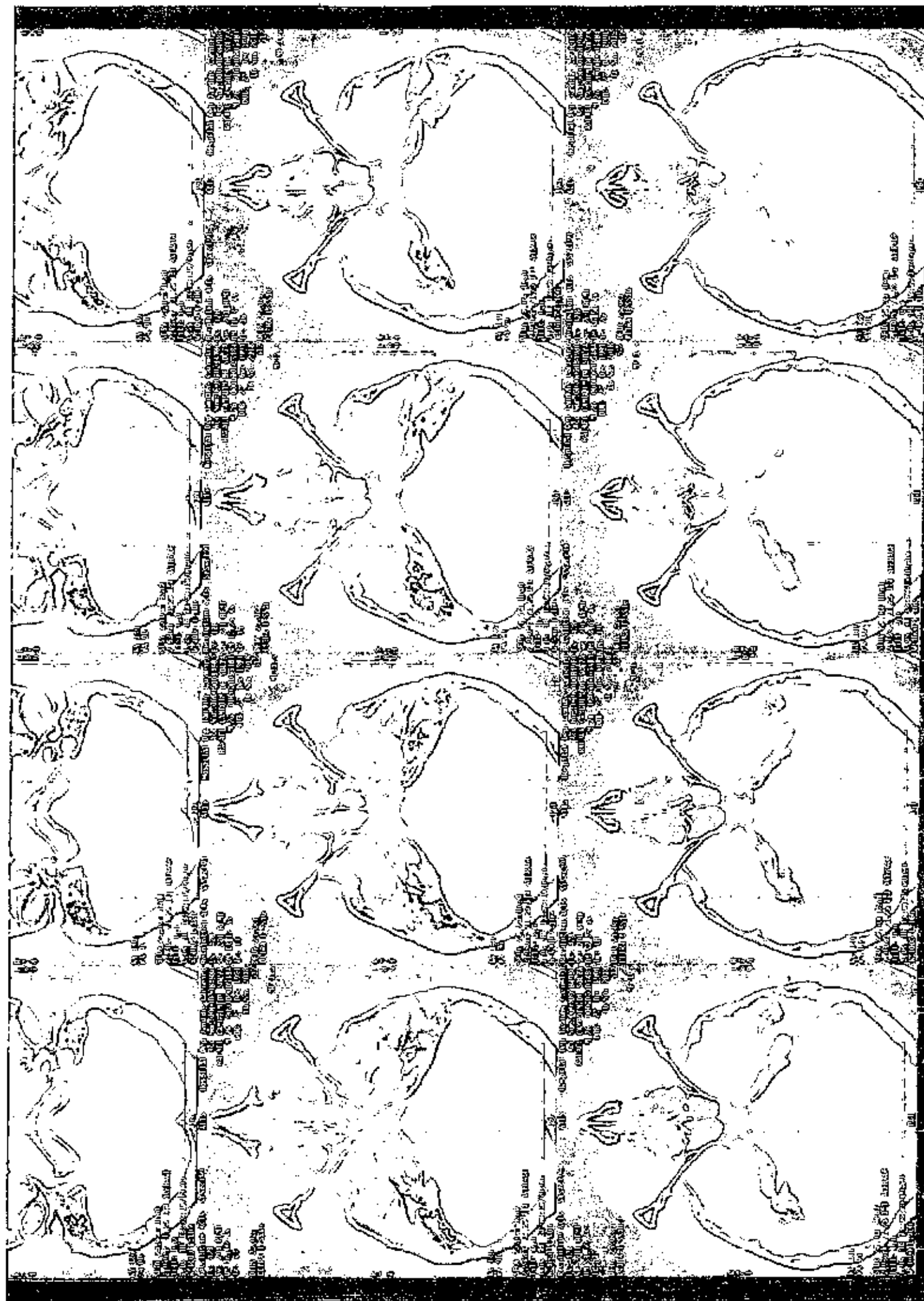
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 16/11/2018 21:56.



Dr. Marcos Antonio F. Silva
CRM 9740 - PB





Patient ID:

000000005484

Age:

26Y

Patient Name:

RATEL CAMBOIM DE SOUZA

Sex:

M

1 / 2

3707 25.000, loaded
 3.81000 / 1.25 1:1 - 0.74324
 title: 0
 1.06 - 0.10 3.35-3.505, red, on -
 4.70000 0.1300
 Bi-0.000,000, 0.000 35053-104
 E55 318
 666 2000 href
 04.05.02 100
 100 324
 04.05.2006
 12.04.06 12.55.00

1055-110 Page 2 of 2

[illegible]

$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial v^i} \right) = \frac{\partial L}{\partial x^i}$

[illegible][illegible][illegible]

Zürich, Switzerland
 and-0000000163490000
 ORCID iD: 0000-0001-
 6349-0000
 15 May 2018
 512

[illegible]

TEL: 1-800-368-7272
 FAX: 1-800-368-7272
 WWW: www.honeywell.com
 HONEYWELL LOGISTICS
 10000 W. 10th Ave.
 Denver, CO 80231
 USA

IN 340
IN 01
FEB 25 04 00
APR 25 04 00
MAY 25 04 00
JUN 25 04 00
JUL 25 04 00
AUG 25 04 00
SEP 25 04 00
OCT 25 04 00
NOV 25 04 00
DEC 25 04 00

pH	Adsorption Capacity (mg/g)
0	0.5
1	1.5
2	4.5
3	8.5
4	9.5
5	9.0
6	8.8
7	8.5
8	8.5
9	8.5
10	8.5
11	8.5
12	8.5

[illegible][illegible][illegible]

Author: Campbell,
David Allan
Title: The last days
of the world
: a study in
the prophecies
of Daniel and
the Revelation
to John
Place: New York
Date: 1914
517

41-330
 41-361
 41-362
 41-363
 41-364
 41-365
 41-366
 41-367
 41-368
 41-369
 41-370
 41-371
 41-372
 41-373
 41-374
 41-375
 41-376
 41-377
 41-378
 41-379
 41-380
 41-381
 41-382
 41-383
 41-384
 41-385
 41-386
 41-387
 41-388
 41-389
 41-390
 41-391
 41-392
 41-393
 41-394
 41-395
 41-396
 41-397
 41-398
 41-399
 41-400
 41-401
 41-402
 41-403
 41-404
 41-405
 41-406
 41-407
 41-408
 41-409
 41-410
 41-411
 41-412
 41-413
 41-414
 41-415
 41-416
 41-417
 41-418
 41-419
 41-420
 41-421
 41-422
 41-423
 41-424
 41-425
 41-426
 41-427
 41-428
 41-429
 41-430
 41-431
 41-432
 41-433
 41-434
 41-435
 41-436
 41-437
 41-438
 41-439
 41-440
 41-441
 41-442
 41-443
 41-444
 41-445
 41-446
 41-447
 41-448
 41-449
 41-450
 41-451
 41-452
 41-453
 41-454
 41-455
 41-456
 41-457
 41-458
 41-459
 41-460
 41-461
 41-462
 41-463
 41-464
 41-465
 41-466
 41-467
 41-468
 41-469
 41-470
 41-471
 41-472
 41-473
 41-474
 41-475
 41-476
 41-477
 41-478
 41-479
 41-480
 41-481
 41-482
 41-483
 41-484
 41-485
 41-486
 41-487
 41-488
 41-489
 41-490
 41-491
 41-492
 41-493
 41-494
 41-495
 41-496
 41-497
 41-498
 41-499
 41-500
 41-501
 41-502
 41-503
 41-504
 41-505
 41-506
 41-507
 41-508
 41-509
 41-510
 41-511
 41-512
 41-513
 41-514
 41-515
 41-516
 41-517
 41-518
 41-519
 41-520
 41-521
 41-522
 41-523
 41-524
 41-525
 41-526
 41-527
 41-528
 41-529
 41-530
 41-531
 41-532
 41-533
 41-534
 41-535
 41-536
 41-537
 41-538
 41-539
 41-540
 41-541
 41-542
 41-543
 41-544
 41-545
 41-546
 41-547
 41-548
 41-549
 41-550
 41-551
 41-552
 41-553
 41-554
 41-555
 41-556
 41-557
 41-558
 41-559
 41-560
 41-561
 41-562
 41-563
 41-564
 41-565
 41-566
 41-567
 41-568
 41-569
 41-570
 41-571
 41-572
 41-573
 41-574
 41-575
 41-576
 41-577
 41-578
 41-579
 41-580
 41-581
 41-582
 41-583
 41-584
 41-585
 41-586
 41-587
 41-588
 41-589
 41-590
 41-591
 41-592
 41-593
 41-594
 41-595
 41-596
 41-597
 41-598
 41-599
 41-600
 41-601
 41-602
 41-603
 41-604
 41-605
 41-606
 41-607
 41-608
 41-609
 41-610
 41-611
 41-612
 41-613
 41-614
 41-615
 41-616
 41-617
 41-618
 41-619
 41-620
 41-621
 41-622
 41-623
 41-624
 41-625
 41-626
 41-627
 41-628
 41-629
 41-630
 41-631
 41-632
 41-633
 41-634
 41-635
 41-636
 41-637
 41-638
 41-639
 41-640
 41-641
 41-642
 41-643
 41-644
 41-645
 41-646
 41-647
 41-648
 41-649
 41-650
 41-651
 41-652
 41-653
 41-654
 41-655
 41-656
 41-657
 41-658
 41-659
 41-660
 41-661
 41-662
 41-663
 41-664
 41-665
 41-666
 41-667
 41-668
 41-669
 41-670
 41-671
 41-672
 41-673
 41-674
 41-675
 41-676
 41-677
 41-678
 41-679
 41-680
 41-681
 41-682
 41-683
 41-684
 41-685
 41-686
 41-687
 41-688
 41-689
 41-690
 41-691
 41-692
 41-693
 41-694
 41-695
 41-696
 41-697
 41-698
 41-699
 41-700
 41-701
 41-702
 41-703
 41-704
 41-705
 41-706
 41-707
 41-708
 41-709
 41-710
 41-711
 41-712
 41-713
 41-714
 41-715
 41-716
 41-717
 41-718
 41-719
 41-720
 41-721
 41-722
 41-723
 41-724
 41-725
 41-726
 41-727
 41-728
 41-729
 41-730
 41-731

189140
ON 390
STROY, L. DONALD
2, SADDLE CREEK RD
TWIN FALLS, ID
1, 655 APT 3353126000
86-1000-17190

Figure 1 is a line graph showing the effect of the concentration of the initiator on the polymerization of styrene. The x-axis is labeled "Initiator concentration (mol/L)" and ranges from 0 to 0.001. The y-axis is labeled "Polymerization rate (mol/L·h)" and ranges from 0 to 0.001. The curve shows a linear increase in polymerization rate with increasing initiator concentration, passing through the origin.

10:10
 10:50
 3100 25 Ave NE
 94994 71.25 21
 Cell: 8.0
 1.35 / 66 43157-15
 0:00:01.1:00:

[illegible]

24.12
 24.10
 24.08
 24.06
 24.04
 24.02
 24.01
 24.00
 23.98
 23.96
 23.94
 23.92
 23.90
 23.88
 23.86
 23.84
 23.82
 23.80
 23.78
 23.76
 23.74
 23.72
 23.70
 23.68
 23.66
 23.64
 23.62
 23.60
 23.58
 23.56
 23.54
 23.52
 23.50
 23.48
 23.46
 23.44
 23.42
 23.40
 23.38
 23.36
 23.34
 23.32
 23.30
 23.28
 23.26
 23.24
 23.22
 23.20
 23.18
 23.16
 23.14
 23.12
 23.10
 23.08
 23.06
 23.04
 23.02
 23.00
 22.98
 22.96
 22.94
 22.92
 22.90
 22.88
 22.86
 22.84
 22.82
 22.80
 22.78
 22.76
 22.74
 22.72
 22.70
 22.68
 22.66
 22.64
 22.62
 22.60
 22.58
 22.56
 22.54
 22.52
 22.50
 22.48
 22.46
 22.44
 22.42
 22.40
 22.38
 22.36
 22.34
 22.32
 22.30
 22.28
 22.26
 22.24
 22.22
 22.20
 22.18
 22.16
 22.14
 22.12
 22.10
 22.08
 22.06
 22.04
 22.02
 22.00
 21.98
 21.96
 21.94
 21.92
 21.90
 21.88
 21.86
 21.84
 21.82
 21.80
 21.78
 21.76
 21.74
 21.72
 21.70
 21.68
 21.66
 21.64
 21.62
 21.60
 21.58
 21.56
 21.54
 21.52
 21.50
 21.48
 21.46
 21.44
 21.42
 21.40
 21.38
 21.36
 21.34
 21.32
 21.30
 21.28
 21.26
 21.24
 21.22
 21.20
 21.18
 21.16
 21.14
 21.12
 21.10
 21.08
 21.06
 21.04
 21.02
 21.00
 20.98
 20.96
 20.94
 20.92
 20.90
 20.88
 20.86
 20.84
 20.82
 20.80
 20.78
 20.76
 20.74
 20.72
 20.70
 20.68
 20.66
 20.64
 20.62
 20.60
 20.58
 20.56
 20.54
 20.52
 20.50
 20.48
 20.46
 20.44
 20.42
 20.40
 20.38
 20.36
 20.34
 20.32
 20.30
 20.28
 20.26
 20.24
 20.22
 20.20
 20.18
 20.16
 20.14
 20.12
 20.10
 20.08
 20.06
 20.04
 20.02
 20.00
 19.98
 19.96
 19.94
 19.92
 19.90
 19.88
 19.86
 19.84
 19.82
 19.80
 19.78
 19.76
 19.74
 19.72
 19.70
 19.68
 19.66
 19.64
 19.62
 19.60
 19.58
 19.56
 19.54
 19.52
 19.50
 19.48
 19.46
 19.44
 19.42
 19.40
 19.38
 19.36
 19.34
 19.32
 19.30
 19.28
 19.26
 19.24
 19.22
 19.20
 19.18
 19.16
 19.14
 19.12
 19.10
 19.08
 19.06
 19.04
 19.02
 19.00
 18.98
 18.96
 18.94
 18.92
 18.90
 18.88
 18.86
 18.84
 18.82
 18.80
 18.78
 18.76
 18.74
 18.72
 18.70
 18.68
 18.66
 18.64
 18.62
 18.60
 18.58
 18.56
 18.54
 18.52
 18.50
 18.48
 18.46
 18.44
 18.42
 18.40
 18.38
 18.36
 18.34
 18.32
 18.30
 18.28
 18.26
 18.24
 18.22
 18.20
 18.18
 18.16
 18.14
 18.12
 18.10
 18.08
 18.06
 18.04
 18.02
 18.00
 17.98
 17.96
 17.94
 17.92
 17.90
 17.88
 17.86
 17.84
 17.82
 17.80
 17.78
 17.76
 17.74
 17.72
 17.70
 17.68
 17.66
 17.64
 17.62
 17.60
 17.58
 17.56
 17.54
 17.52
 17.50
 17.48
 17.46
 17.44
 17.42
 17.40
 17.38
 17.36
 17.34
 17.32
 17.30
 17.28
 17.26
 17.24
 17.22
 17.20
 17.18
 17.16
 17.14
 17.12
 17.10
 17.08
 17.06
 17.04
 17.02
 17.00
 16.98
 16.96
 16.94
 16.92
 16.90
 16.88
 16.86
 16.84
 16.82
 16.80
 16.78
 16.76
 16.74
 16.72
 16.70
 16.68
 16.66
 16.64
 16.62
 16.60
 16.58
 16.56
 16.54
 16.52
 16.50
 16.48
 16.46
 16.44
 16.42
 16.40
 16.38
 16.36
 16.34
 16.32
 16.30
 16.28
 16.26
 16.24
 16.22
 16.20
 16.18
 16.16
 16.14
 16.12
 16.10
 16.08
 16.06
 16.04
 16.02
 16.00
 15.98
 1

Patient ID:
Age:

000000005484
26Y

Patient Name: _____
Sex: _____

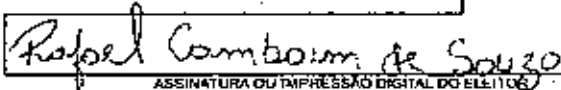
RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
M

212

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO GERAL DE PERÍCIA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  PROVISÓRIO PLASTIFICAR ASSINATURA DO TITULAR		REGISTRO GERAL 7.287.036 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/JUL/2014 NOME RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA FILIAÇÃO LUIZ DE SOUZA CAMBOIM VÂNIA MARIA DE SOUZA NATURALIDADE MÃE D'ÁGUA PB DATA DE NASCIMENTO 27/12/1991 DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4755 LV A-6 FL 73 CART. SOBRINHO-MÃE D'ÁGUA PB CPF 105.482.124-06 SÃO JOSÉ - SC ASSINATURA DO DIRETOR JOSÉ AUGUSTO DA LUZ KOERICH Diretor do Instituto de Identificação - IGPF/SC	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 2006/03	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
TÍTULO ELEITORAL			
NOME DO ELEITOR RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA			
DATA DE NASCIMENTO 27/12/1991	Nº INSCRIÇÃO 0410 2829 1252	ZONA 2015	SEÇÃO 0034
MUNICÍPIO / UF INDAIAL/SC	DATA DE EMISSÃO 08/03/2016		
JUIZ ELEITORAL			
VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
POLEGAR DIREITO	
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR	
VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL	

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal	
CPF	
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Número de Inscrição	
105.482.124-06	
Nome	
RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA	
Nascimento	
27/12/1991	

DUT



DETRAN

CONTR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013929787767

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0077067677-4 R.N.T.R.C. 000/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME FRANCISCO DJANILDO LOPES

CPF/CNPJ 03242292405

PLACA MOS9920/PB

RUBRO ANO/UF PB 902JC30102R113492

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN RB

ANO 2001 ANO 2002

CAP/124/CL

CATEGORIA PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

000 000 0000

VENC / COTAS

P
V
A

* ENTA / ENA

PARCELAMENTO / COTAS

1
2
3

PRÉMIOS DE SEGURO

SEGURO PRÉMIO TOTAL R\$ 0,00

DATA 28/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ASSINADO E RUBRICADO POR

IGARACY - PB LOCAL

DATA 28/03/2018

14311



36038

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322574/18

Número do Sinistro: 3180407619

Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: RAFAEL CAMBOIM DE
SOUZA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

UNIVIS



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: 25/10/2018
Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
CPF: 105.482.124-06

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180407619**
Vítima: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Data do Acidente: **06/05/2018**
Cobertura: **INVAÍDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180407619**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13343556

Pesquisar



Luan

Página inicial

Criar

2

Djanildo Lopes



Djanildo Lopes

1 amigo em comum: Eliene Araújo

A.C.E Agente de combate as endemias na empresa

Prefeitura Municipal de Igaracy

Estudou na instituição de ensino Ensino fundamental

Mora em Igaracy

25 DE SETEMBRO DE 2018 16:22

Amigo, bom dia!

Sou advogado na cidade de Mãe D'água-PB

Estou com um cliente sofreu um acidente
numa moto que foi sua

uma honda 125 vermelha placa MOS9920

Preciso de uma assinatura sua em uma
declaração para que ele possa tirar o DPVAT

Gostaria de saber como podemos fazer



Djanildo Lopes

Opções



Pesquisar na conversa



Editar apelidos



Alterar cor



Alterar emoji



Notificações

Digite uma
mensagem...

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322574/18

Número do Sinistro: 3180407619

Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Quem:



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019

Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019

Nome: Karen Souza da Motta Rocha

CPF: 131.046.337-97

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Karen Souza da Motta Rocha

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

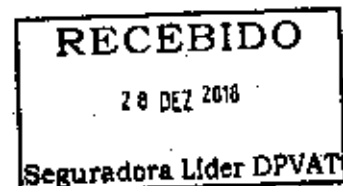
Aos Cuidados de: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180407619**
Vítima: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**
Data do Acidente: **06/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180407619**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407619 **Cidade:** São José do Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE MASTOIDE, FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DA ATM.

Descrição do exame físico: PACIENTE NORMAL SEM CICATRIZES, SEM DEFORMIDADES EM FACE OU CRÂNIO, RELATA DIFICULDADE AUDITIVA EM ORELHA ESQ., APRESENTA AUDIOMETRIA QUE CONFIRMA PERDA AUDITIVA DE ALGUMAS FREQUÊNCIAS A ESQ.

Resultados terapêuticos: APRESENTA TAC QUE MOSTRA VELAMENTO DE CELULAS DA MASTÓIDE E DA REGIÃO TIMPÂNICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407619 **Cidade:** São José do Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE.
FRATURA DO OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA TRANSVERSAL ACOMETENDO A PORÇÃO DAS CÉLULAS DA MASTOIDE E OUVIDOS MÉDIO ESQUERDO,
PAREDE POSTERIOR DA ATM.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407619 **Cidade:** São José do Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE.
FRATURA DO OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA TRANSVERSAL ACOMETENDO A PORÇÃO DAS CÉLULAS DA MASTOIDE E OUVIDO MÉDIO ESQUERDO, PAREDE POSTERIOR DA ATM.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. Guerra Fonseca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322574/18

Número do Sinistro: 3180407619

Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
CPF: 105.482.124-06

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322574/18

Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA : 105.482.124-06

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: 03/09/2018
Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
CPF: 105.482.124-06

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322574/18

Número do Sinistro: 3180407619

Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF: 105.482.124-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/10/2018
Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
CPF: 105.482.124-06

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407619 **Cidade:** São José do Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE MASTOIDE, FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DA ATM.

Descrição do exame físico: PACIENTE NORMAL SEM CICATRIZES, SEM DEFORMIDADES EM FACE OU CRÂNIO, RELATA DIFICULDADE AUDITIVA EM ORELHA ESQ., APRESENTA AUDIOMETRIA QUE CONFIRMA PERDA AUDITIVA DE ALGUMAS FREQUÊNCIAS A ESQ.

Resultados terapêuticos: APRESENTA TAC QUE MOSTRA VELAMENTO DE CELULAS DA MASTÓIDE E DA REGIÃO TIMPÂNICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00