

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 POLÍCIA DE SEGURANÇA DO ESTADO

NOME: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

DOC. ENTIDADE / CDS EMISSOR: SSP

CPF: 491.464.754-00

DATA NASCIMENTO: 11/01/1969

TRACAO: FRANCISCO SALUSTIANO DOS SANTOS

DELMIA MARIA DOS SANTOS

PERMISSAO: []

ACC: []

CA: []

VALIDADE: 23/01/2019

1ª EMISSÃO: 09/02/2009

IP REGISTRO: 04560415/31

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

894087700

OBSERVAÇÕES:

Adegilson Robson dos Santos

DATA EMISSÃO: 23/01/2014

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB

Proctora Carneiro

01110570887

PB027968774

894087700

COMPREV

COMPREV SEGUROS E DOCUMENTAÇÃO S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
038.317.894-01

Nome
EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento
22/07/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
90C0.7D4B.9471.EB4A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:17:58 do dia 13/04/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.624.854 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/04/2007

NOME EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MANOEL LUIZ DOS SANTOS
IRACI MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 22/07/1982

DOC-ORIGEM SAM N.028278 FLS.184 LIV.B-62

CARTORIO 2ª CAMPINA GRANDE-PB.

CPF 038.317.894-01

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2003

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR *Eguinaldo Pereira dos Santos*

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02 P-234



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS
IDADE: 35A
MÉDICO SOLICIT: PEDIDO MEDICO
EXAME: RX COXA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 326805
DATA DO EXAME: 24/08/2017

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMÁRIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

- Fratura distal do fêmur com fragmentos ósseos alinhados e mantidos por placa e parafusos metálicos.
- Partes moles sem alterações.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

/1/

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Dr. Flávio Magno de Farias F. Filho
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 7531

Dr. Graciano J. da C. Lima
Cardiologia e Ecocardiografia
CRM - PB 5576

Dra. Izabela C. de Vasconcelos
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 6107

Dr. Kádimo A. Dutra Rolim
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 5886

Dra. Loury Alexandra Cunha
Ultrassonografia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 5380

Dra. Lyzandra de H. C. Souto Maier
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 6849

Dr. Lincoln da Silva Freitas
Neuroradiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 4884

Dr. Rivaldo N. Medeiros Filho
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 4793

Dr. William Ramos Tejo Neto
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM - PB 6733

E



CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS (M) NASC. 22.07.1982 ID 326805
749841EXP.24.08.2017 [14.33] FEMUR AP RT-01 ESC 56%

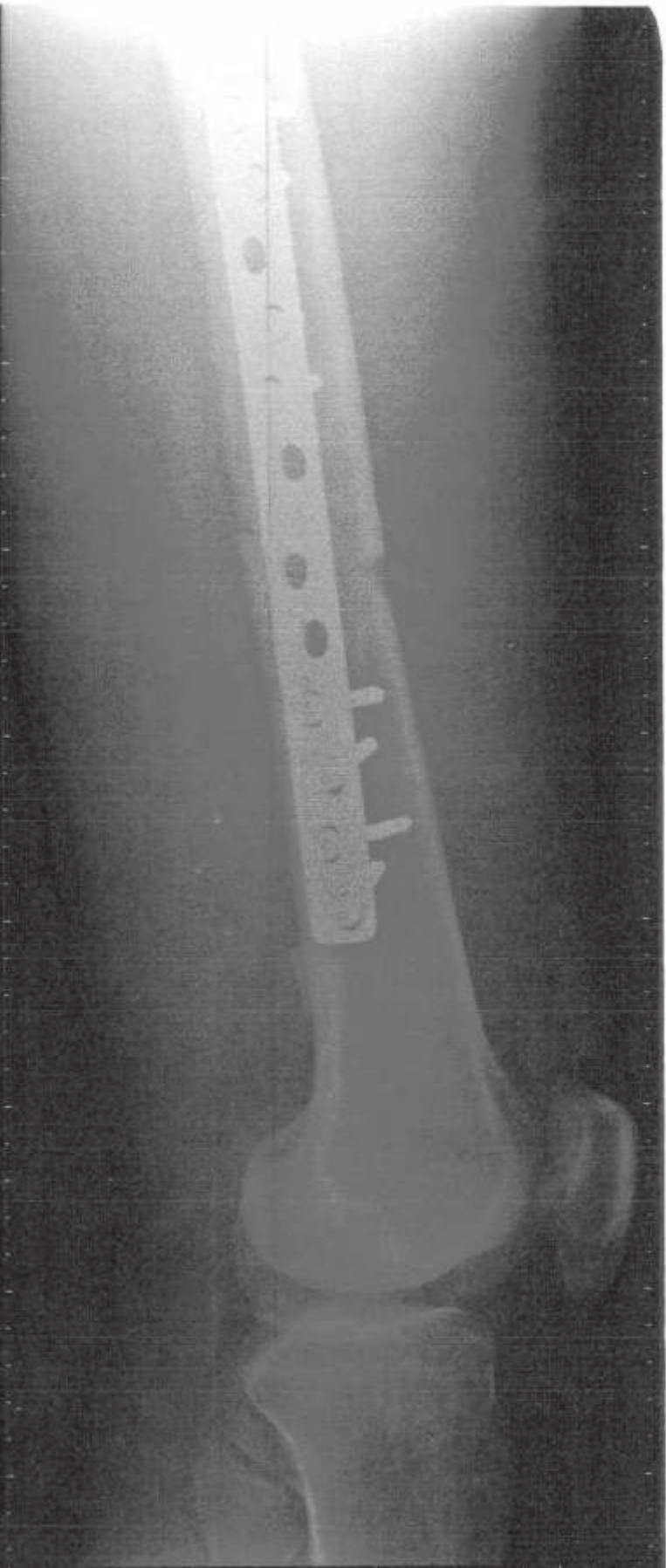
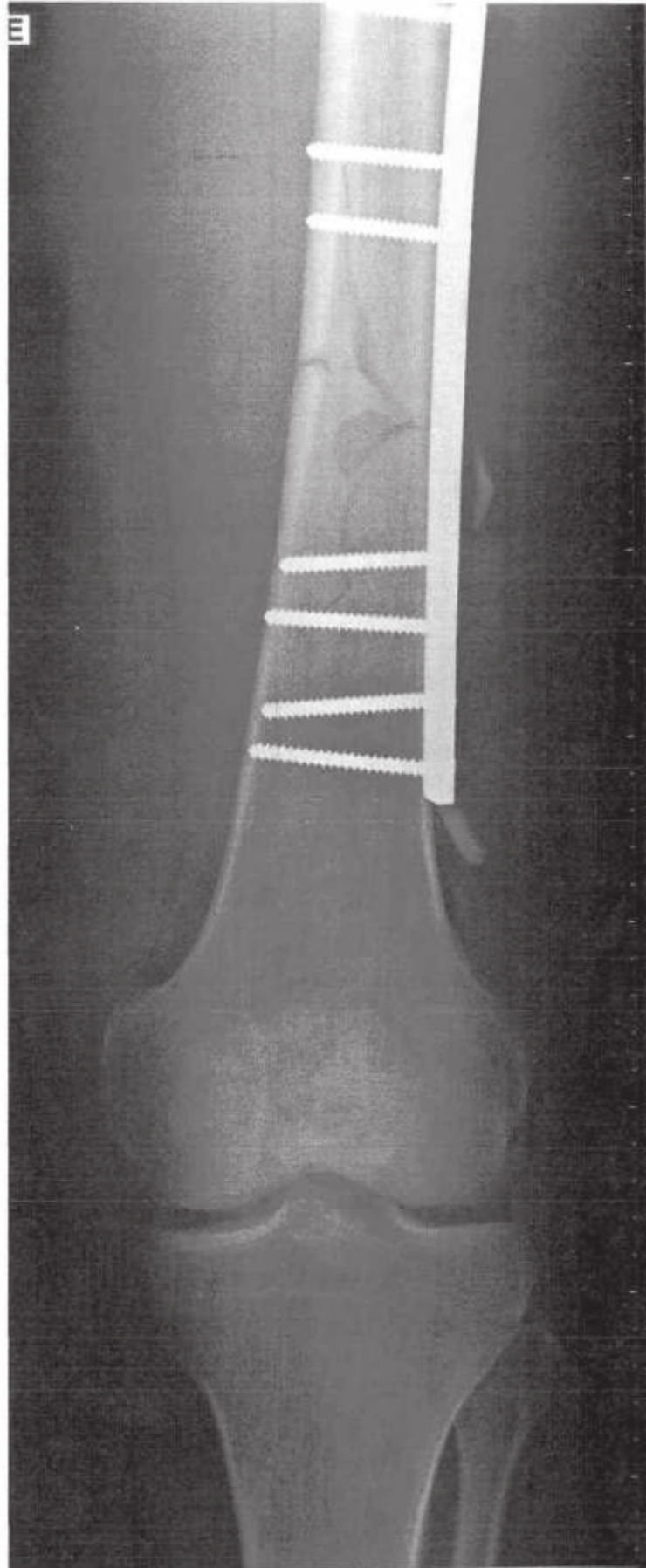


CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS (M) NASC. 22.07.1982 ID 326805
749841EXP.24.08.2017 [14.33] FEMUR LAT RT-02 ESC 56%

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

E



CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC. 22.07.1962 ID:326805
749841EXP.24.08.2017 [14/37] JOELHO AP RT-03 ESO:56%

CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC. 22.07.1962 ID:326805
749841EXP.24.08.2017 [14/37] JOELHO LAT RT-03 ESO:56%

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
14 NOV, 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS
IDADE: 35A
MÉDICO SOLICIT: PEDIDO MEDICO
EXAME: RX COXA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 326805
DATA DO EXAME: 07/06/2018

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMARIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

Controle evolutivo evidencia:

- Fratura diafisária do terço distal do fêmur sob osteossíntese com placa e parafusos metálicos em fase avançada de consolidação e com volumosa reação periosteal para formação de calo ósseo.
- Partes moles sem alterações.
- Discreta osteopenia difusa (desuso).

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

hr

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Antônio Ramos Tejo Franco - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 1134
Dr. Flávio Magno de Farias F. Filho - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 7131
Dr. Sebastião J. da C. Lima - Cardiologia e Ecocardiografia - CRM - PB 5376
Dra. Izabela C. de Vasconcelos - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 6103
Dr. Kádimo A. Dutra Rolim - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 5886
Dra. Lucy Alexandra Castro - Ultrassonografia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 5301
Dra. Luciana de N. C. Sousa Matar - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 1248
Dr. Lincoln da Silva Freitas - Neumologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 4584
Dr. Paulo W. Medeiros Filho - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 4711
Dr. William Ramos Tejo Neto - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 6711

CAMPIMAGEM - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE CAMPINA GRANDE LTDA.

Rua Rodrigues Alves, 603 - Prata - CEP 58400-550 - PABX : (83) 3341-1089 (83) 2101-4750 (83) 2101 - 4757 - Campina Grande - PB.

E



CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

EGUALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] - NASC. 22.07.1982 ID:326805
789134EXP:07.06.2018 [14.08] JOELHO AP RT:03 ESC 56%

CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem

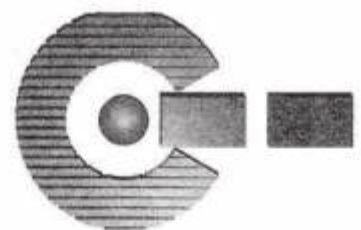
EGUALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] - NASC. 22.07.1982 ID:326805
789134EXP:07.06.2018 [14.08] JOELHO LAT RT:04 ESC 56%



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS
IDADE: 35A
MÉDICO SOLICIT: PEDIDO MEDICO
EXAME: RX COXA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 326805
DATA DO EXAME: 26/10/2017

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAMA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMARIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

- Controle de fratura cominutiva diafisária no terço médio do fêmur, sob osteossíntese com placa e parafusos metálicos e com alinhamento ósseo satisfatório.
- Osteopenia periarticular (desuso).
- Fragmentos ósseos em partes moles adjacentes a área de fratura.
- Redução volumétrica das partes moles da coxa, relacionada a hipotrofia muscular por desuso.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

r/r

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



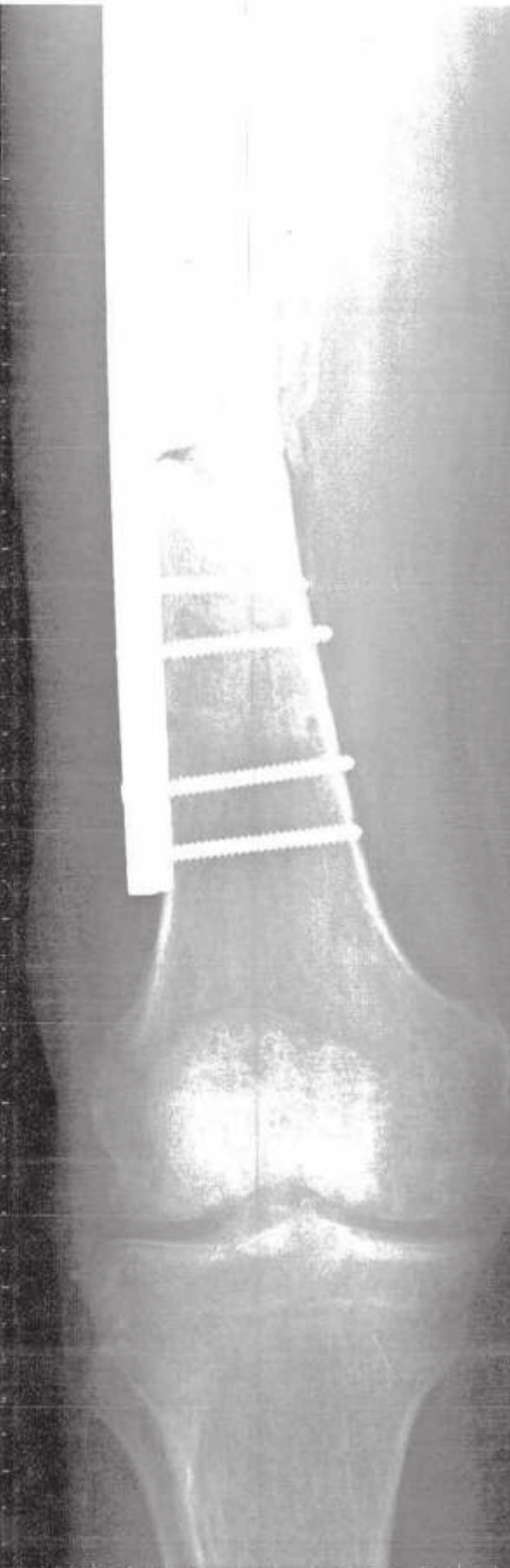
Dr. Cynthia Ramos Tejo França - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PE 7734
Dr. Flávia Magalhães Faria F. Filho - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 7331
Dr. Gerson L. da C. Lima - Cardiologia e Radiologia - CRM - PB 5326
Dr. Izabela C. de Vasconcelos - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 6100
Dr. Kátia A. Dutra Rêgo - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 3456
Dr. Larys Alexandra Cunha - Ultrassonografia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 3101
Dr. Lyndora M. C. Sousa Moura - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 6840
Dr. Lúcia de S. Pereira - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 6154
Dr. Luciana A. Mendes Rêgo - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 4791
Dr. William Ramos Tejo Neto - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM - PB 7351

CAMPIMAGEM - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE CAMPINA GRANDE LTDA.

Rua Rodrigues Alves, 603 - Prata - CEP 58400-550 - PABX: (83) 3341-1089 (83) 2101-4750 (83) 2101-4757 - Campina Grande - PB.

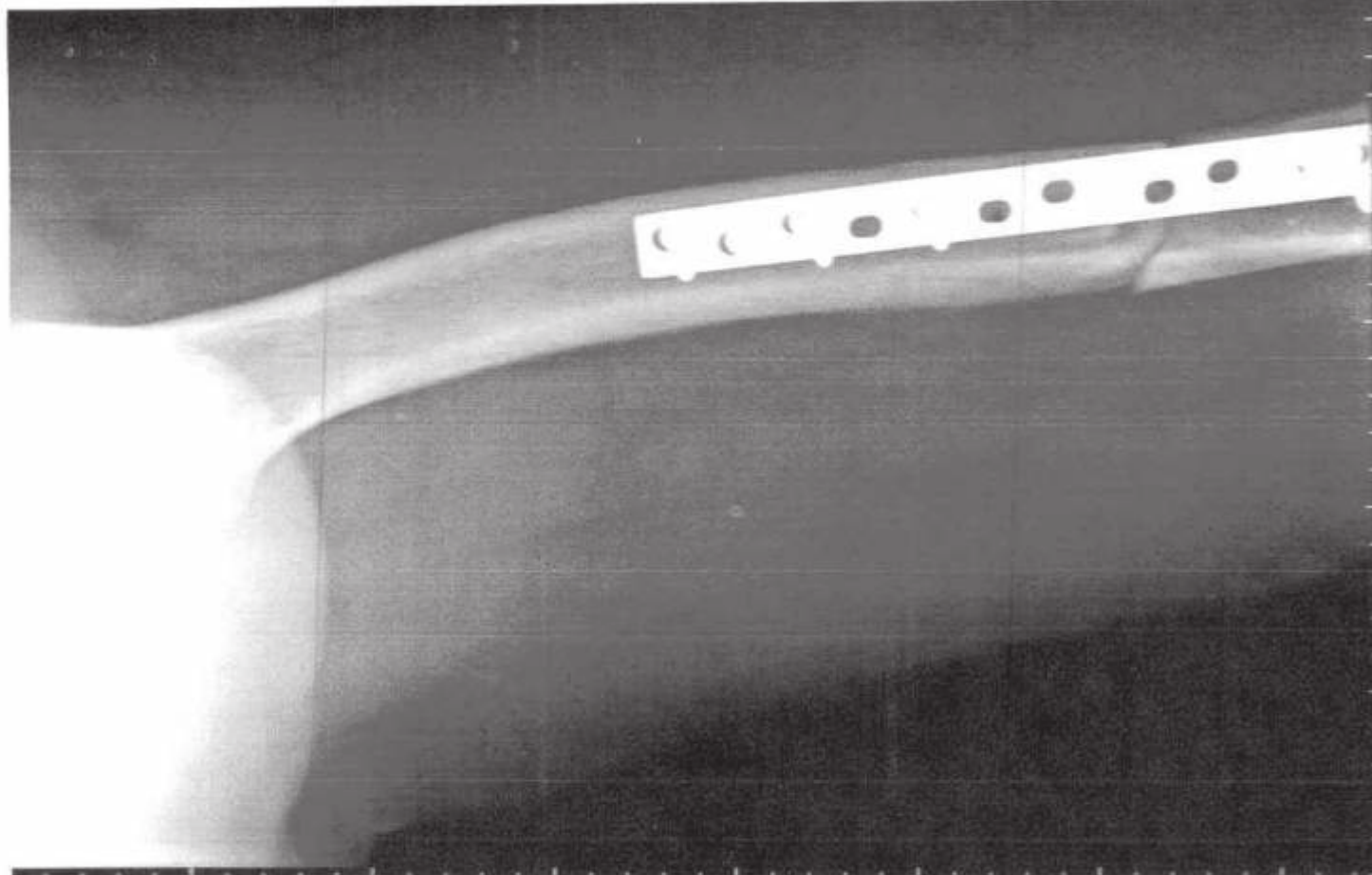


CAMPIMAGEM - Diagnostico por imagem
EGUIALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC. 22.07.1982 ID. 358805
EXP. 27.10.2017 [08:48] JOELHO LAT. RT-04 ESC. 56%

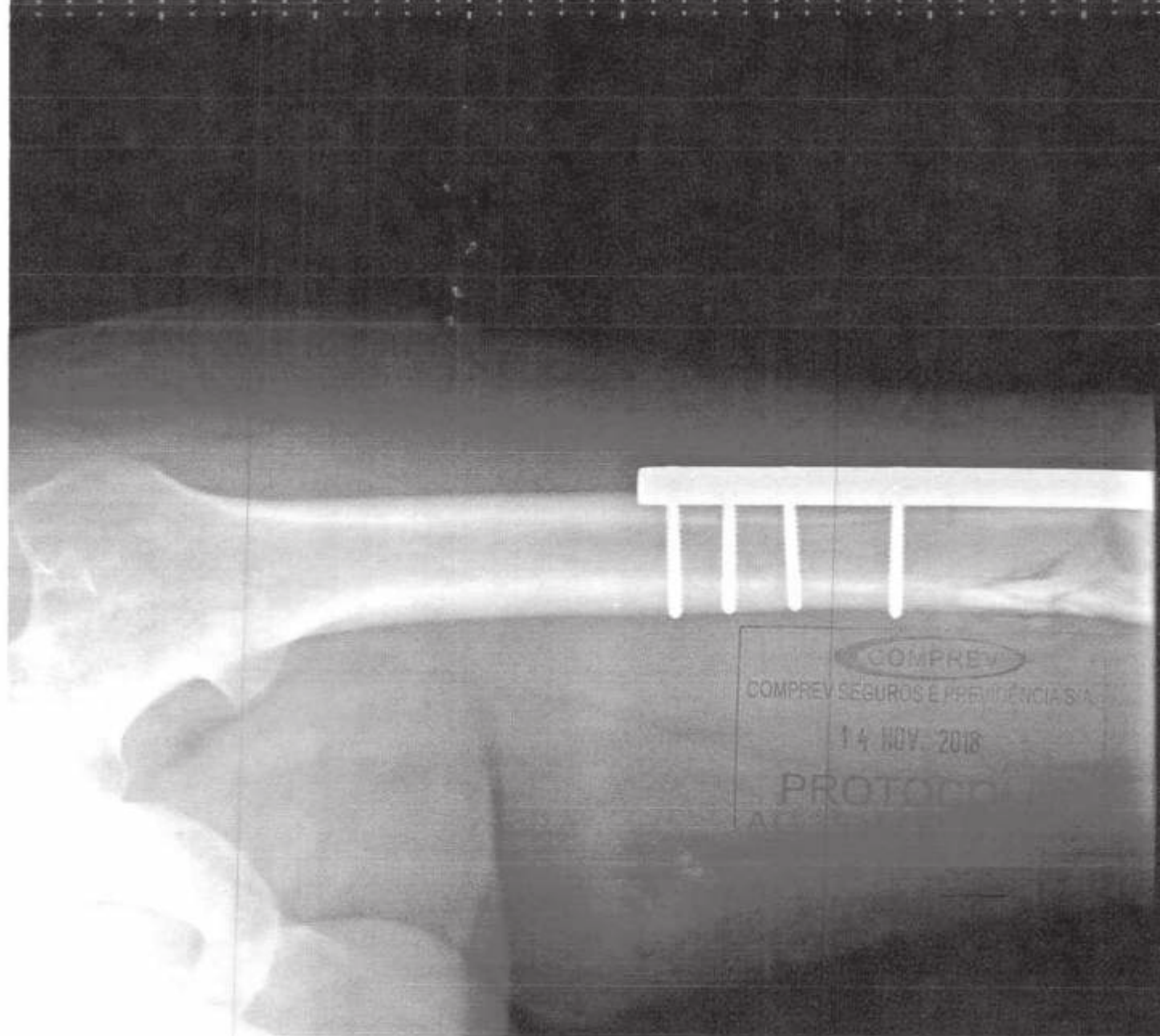


CAMPIMAGEM - Diagnostico por imagem
EGUIALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC. 22.07.1982 ID. 358805
EXP. 27.10.2017 [08:48] JOELHO AP. RT-03 ESC. 56%

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 NOV. 2018
PROTOCOLO-
AG. JOÃO PESSOA



CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem
EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS (M) - NUSG 32.07.1982 - D 435806
EXA 27 10 2017 (08:48) COXO-FEMURAL, AP 31-01-ESG 51%



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOD
AC 25/11/2018

CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem
EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS (M) - NUSG 32.07.1982 - D 435806
EXA 27 10 2017 (08:48) COXO-FEMURAL, AP 31-01-ESG 51%

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1461030

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: 01/07/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Eliane Pereira Trevas

PACIENTE: EGUINALDO PEREIRA
DOS SANTOS

CEP: 58400002

Nascimento: 22/07/1982

Endereço: CICERO ALEXANDRINO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 034

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: IRACI MARIA PEREIRA DE
OLIVEIRA

RG: 2624854

Nº: 72

CPF: 03831789401

Profissão: MOTORISTA

Responsável:

Data de

CNS: 898002768424201

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 01/07/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

Hora: 16:28:42

Especialidade:

Medião:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abuso | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura óssea aberta |
| 3. Anelido | 20. Hematoma |
| 4. Contusão | 21. Injúria de Vento |
| 5. Craniotomia | 22. Laceração |
| 6. Dor | 23. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 24. Luxação |
| 8. Empalhamento | 25. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 26. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfiamento | 27. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 28. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 29. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Paralisia |
| 14. F. Cortante | 31. Queimadura |
| 15. F. Cortante | 32. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

ACIDENTE PACIENTE ANULADO / TOME CAX-22

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1461030

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍN

Paciente Atual

No Asseso Saco A

Cervical - VENTRAL

MM ECA - 15

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Torregentes ☒ Isocólicas

Glasgow 15 PA

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: MPF de

Especialista: _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CO
1	
2	<u>Dipirice 200</u>
3	
4	<u>Vitaminas 200</u>
5	
6	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DPVAT



ORTOTRAUMA

CAMPINA GRANDE

CLÍNICA DE ORTOPEDIA E FRATURAS

AV. DOM PEDRO II, 429 - CENTRO

FONE: (83) 3341.4666 - CAMPINA GRANDE - PB

LAUDO MÉDICO

Declaro que o Sr. ELVINHO PEREIRA dos Santos foi submetido a TRATAMENTO cirúrgico de FRATURA DO FÊMUR (E) em 2017, apresentando MANEIRA CLAUDICANTE, com limitação funcional leve do MIE.

10/05/11/18

Dr. Edson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4770 - SBO 7297

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Arnaldo Pereira dos Santos		
End:	B.R.	Bairro:	
Data de Nascimento:	22-07-82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colica	Data do Atend.: 01.07.17	Hora: 16:25
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Elcavro

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocor <input type="checkbox"/> Anémica
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

Amarelo

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 24 horas
☐ Azul - atendimento até 48 horas

Assinatura do enfermeiro responsável
CONFERÊNCIA

Assinatura e



Nome do Paciente <i>Egivaldo Pereira dos Santos</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Amaro Jorge</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Wagner H. H.</i>	2º Auxiliar <i>Dr. Wagner H. H.</i>	
3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx fratura de fêmur (L)</i>			
Tipo de Operação <i>OSTEOSÍNTese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Paciente em DDM sob anestesia
- (2) Assépsia + Antissépsia + Aplicação de campo estéril
- (3) Incisão lateral em coto (L) + drenagem
- (4) Redução fechada da fx
- (5) Aplicação de placa DCP 12 furos + 08 parafusos corticais
- (6) Lavagem de Fx
- (7) Sutura com pontos + curativo

Dr. Wagner H. H.
Intendente Administrativo

COMPREV
COMPRESSORES E PREVIDÊNCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME ELIENAIRO PEREIRA DA SILVA			IDADE 34	SEXO M	COR
DATA 22/07/17	PRESSÃO ARTERIAL 130 x 80	PULSO 70	RESPIRAÇÃO EUPNEICO	TEMPERATURA 36,4°C	PESO 90kg	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO ADM					ASMA NÃO	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO ADM					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO SEM > 8h			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL ORIENTADO			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA NÃO	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de fêmur					ESTADO FÍSICO I	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Midazolam - 3mg + Fentanil - 100mcg				APLICADA AS	EFEITO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUIDOS</p> <p>CÓDIGOS</p> <p>VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</p> </div> <div> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>(3) Ceftazidima - 2g</p> <p>(4) Dexametasona - 10mg</p> <p>(5) Naloxona - 4mg</p> <p>(6) Dipirone - 2g</p> <p>(7) Paracetamol - 3g</p> <p>(8) Tirolil - 4mg</p> <p>ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Para o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES: _____</p> </div> </div>							
<p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO</p> <p>AGENTES</p> <p>TÉCNICA</p> <p>OPERAÇÃO</p> <p>CIRURGIÕES</p> <p>ANESTESISTAS</p> <p>OBSERVAÇÕES</p>							
<p>ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.</p>							

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

1461030

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR (E)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA LARGA 4,5 x 12F		01	
PARAF. CORTICAL 4,5 x 36		02	
" " " x 38		02	
" " " x 42		01	
" " " x 44		01	
" " " x 46		01	
" " " x 48		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

20.07.2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. AMARO

OBSERVAÇÕES

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 6643

COMPREV
COMPREV
14 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. 1070

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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 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 ADEGILSON ROSSON DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.317.894 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID da Vítima EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 491.464.754 / 00, 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.

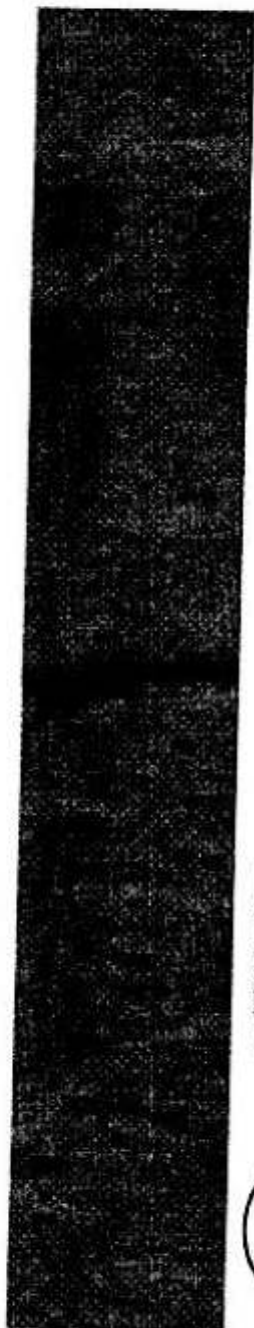
Endereço: <u>Rua Profª CORINA MARIA RABELO</u>		Número: <u>28</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>JOSÉ AMÉRICO</u>	Cidade: <u>JOSÉ PESSOA</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>	CEP: <u>58.073-220</u>
Email: <u>ADEGILSON.ROSSON@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)- <u>(83) 98892-3276</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99195-1719</u>

José Pessoa, 14 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Adegilson Rossen dos Santos
Assinatura do Declarante



 Santander Financiamentos

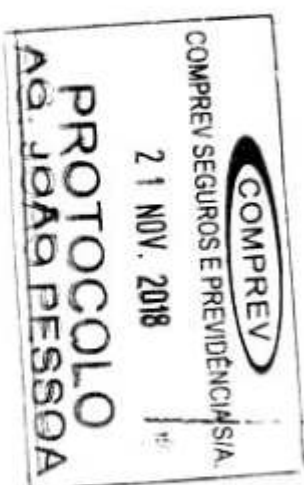


CTC RECIFE PE PLB

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
R PRFA CORINA MARIA RABELO 28 CASS
JOSE AMERICO DE JOAO PESSOA - PB
58073-270



720629852081736590000010163100271018



**EGUINALDO**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
OUT/2018
CÓDIGO MINHA OI
401605724102VENCIMENTO
07/11/2018
Emissão em 25/10/2018
Período de 23/09/2018 a 23/10/2018PAGAR (R\$)
110,53CTC CORREIOS
EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS
RUA CICERO ALEXANDRINO 72
CENTRO
58441-000 - SAO JOSE DA MATA - PB

7200039896 00000 00000000000 10 251018

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**MUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS 1.000 50,96

MÓVEL (83) 98776-4908 14,88

+ Oi Internet Pra Celular

MÓVEL (83) 98873-6463

+ Oi Torpedo Recado Promocional

+ Linha Adicional 37,82

TOTAL DE MENSALIDADES 103,66

Além disso, você...

realizou chamadas de longa distância 0,97

utilizou outros serviços de terceiros 5,90

SUBTOTAL 110,53**TOTAL DA SUA FATURA** 110,53EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 038.317.894-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2737130403
NÚMERO DA FATURA: 49004377
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401605724102**CÓDIGO MINHA OI**
401605724102www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Out 2018	110,53
Set 2018	109,56
Ago 2018	109,56
Jul 2018	109,56
Jun 2018	109,56
Mai 2018	109,56

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e Inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.





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:	1/7/2017	HORA:	16:18 HS	ID Nº:	1571858
NOME:	EGUALDO PEREIRA DOS SANTOS				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	BR 230				
COMPLEMENTO:	SÃO JOSÉ DA MATA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 28 de setembro de 2017.



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Acidente nº 17053306B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 230 **KM:** 170,0 - Decrescente **Município:** CAMPINA GRANDE/PB

Data: 01/07/2017 **Hora:** 15:30

Policial responsável pelo atendimento: JOCENIO, matrícula 1542347

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Simples

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ☒ **Acostamento:** ☒ **Canteiro central:** ☒

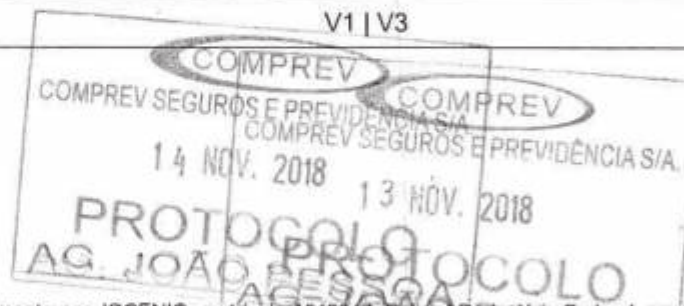
Condição meteorológica: Nublado **Fase do dia:** Pleno dia

NARRATIVA

Conforme averiguação realizada no local do acidente, em Campina Grande/PB, no km 170 da BR 230, sentido decrescente, verificamos que o V1: VW/GOL, placa: KJJ-3466/PB, se deslocava no sentido Campina Grande, momento em que se deparou com um cortejo que interrompeu o fluxo a sua frente, com o intuito de desviar da interrupção, o V1 tentou se deslocar pelo acostamento, quando colidiu na traseira de V2: HONDA/XRE 300, placa: NPS-7452/PB, que aguardava no acostamento a passagem do cortejo, após a colisão com V2, V1 perdeu o controle e colidiu frontalmente com V3: MMC/L200, placa: MYM:7069/PB, que se deslocava na contramão, fazendo parte do cortejo, com o objetivo de adentrar a esquerda.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V1 V2
2	Colisão frontal	V1 V3



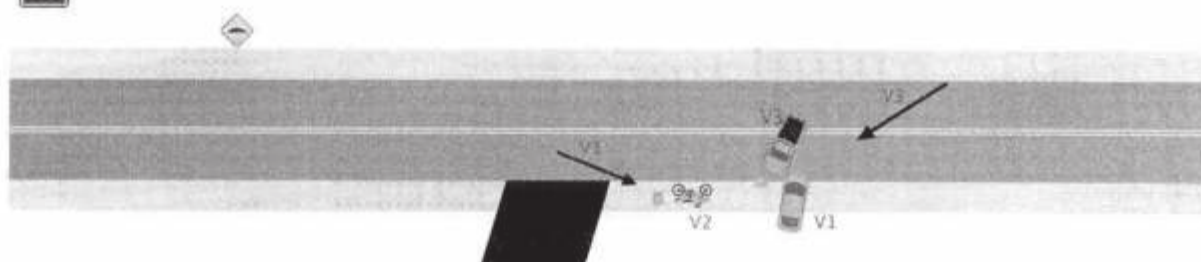
Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Polícia Rodoviária Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



PRF

8m-234
8m
170.0



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

V1



KJJ3466

Placa: KJJ3466 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: VW/GOL 1.0/2008

Renavam: 00976590220

Chassi: 9BWAA05U89P000920

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Transitando no acostamento

PROPRIETÁRIO

Nome: JACIARA SOUSA DE MELO

CPF/CNPJ: 041.255.914-58

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Crime

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Condutor com sintomas de embriaguez, socorrido pelo SAMU com ferimentos graves.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

V1



KJJ3466



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

V2



NPS7452

Placa: NPS7452 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/XRE 300/2011

Renavam: 00454274360

Chassi: 9C2ND0910CR000185

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado no acostamento

PROPRIETÁRIO

Nome: GENILDA DE LIMA R SILVA

CPF/CNPJ: 067.253.654-42

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17053306B01



PRF

V3



TRACIONADOR

MYM7069

Placa: MYM7069 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MMC/L200 4X4 GL/2001

Renavam: 00770515363

Chassi: 93XJNK3402C117336

Tipo de Veículo: Caminhonete

Espécie/categoria: Especial/Particular

Manobra no momento do acidente: Transitando na contramão de direção

Informações complementares: Veículo realizava manobra para adentrar em rua a esquerda.

PROPRIETÁRIO

Nome: SEVERINA MARIA DA C ALMEIDA

CPF/CNPJ: 015.989.104-34

Endereço: , CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo com licenciamento atrasado.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

V3



MYM7069



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17053306B01



PRF

V1



CONDUTOR

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

Placa do veículo: KJJ3466

Marca/modelo: VW/GOL 1.0

Envolvimento: Condutor

Nome: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 038.317.894-01

Data de nascimento: 22/07/1982

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Condutor com CNH suspensa.

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 20/10/2000

Nº Registro: 01495070600 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 07/01/2020

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** CNH com suspensão do direito

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim **Resultado:**

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

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA CICERO ALEXANDRINO, 72 - CASA, SAO JOSE DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB.



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17053306B01



PRF

V2



CONDUTOR

LEANDRO DO NASCIMENTO SANTOS

Placa do veículo: NPS7452

Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Envolvimento: Condutor

Nome: LEANDRO DO NASCIMENTO SANTOS

CPF: 115.888.514-86

Data de nascimento: 26/03/1995

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 21/01/2014

Nº Registro: 05980968786

UF: PB

Data de vencimento da habilitação: 03/09/2018

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOSE DE SOUZA, 62 - CASA, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 986460821/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17053306B01



PRF

V3



CONDUTOR

JOSE MARCELINO DE QUEIROZ SOUZA

Placa do veículo: MYM7069

Marca/modelo: MMC/L200 4X4 GL

Envolvimento: Condutor

Nome: JOSE MARCELINO DE QUEIROZ SOUZA

CPF: 073.513.434-03

Data de nascimento: 03/12/1987

Estado civil: Divorciado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: B

Data primeira habilitação: 04/07/2013

Nº Registro: 05819693833 UF: PB

Data de vencimento da habilitação: 10/08/2017

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

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

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JAMAICA, 130, SERROTAO, CAMPINA GRANDE/PB

Telefone/email: 83 98678-5518/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



IMAGEM COMPLEMENTAR 03

V2 - Tracionador - HONDA/XRE 300 - NP57452



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:41, 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 autenticação deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF



Imagens Complementares

V3 - Tracionador - MMC/L200 4X4 GL - MYM7069



IMAGEM COMPLEMENTAR 01

V1 - Condutor - VW/GOL 1.0 - KJJ3466



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VW/GOL 1.0

Placa: KJJ3466

Nome do agente: JOCENIO

Nº BOAT: 17053306B01

Matrícula do agente: 1542347

Data: 01/07/2017

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 JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17053306B01



PRF

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

Total geral (SIM + NA): 3

Dimensão da monta: Média

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: NP57452

Nome do agente: JOCENIO

Nº BOAT: 17053306B01

Matrícula do agente: 1542347

Data: 01/07/2017

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*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 JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 2013.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 17053306B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / MMC/L200 4X4 GL

Placa: MYM7069

Nome do agente: JOCENIO

Nº BOAT: 17053306B01

Matrícula do agente: 1542347

Data: 01/07/2017

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 JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17053306B01



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): 1

Dimensão da monta: Pequena

*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 JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, 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 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850

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

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

CPF da Vítima

038.317.894-01

Data do Acidente

01.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campos 13.14 de Novembro de 2018

Local e Data

X Eguinaldo Pereira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

038.317.894-01

Nome completo da vítima

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS		CPF titular da conta 038.317.894-01	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA CICERO ALEXANDRINO		Número 72	Complemento CASA
Bairro SAO JOSE DA MATIA	Cidade CAMPAÑA GRANDE	Estado PARAIBA	CEP 58.441.000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2221 D/V		CONTA NRO. 40150 D/V		BANCO Nome		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

C. GRANDE - PB, 14 de Novembro de 2018

Local e Data

Eguinaldo Pereira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

14/11/2018 HORA: 11:25:23
DATA EFETIVACAO: 14/11
CONVENIO: 000642843
OPERADOR: monike

AGENCIA: 2221
CONTA: 013.00040150-0
NOME: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

VALOR: 

COD. OPERACAO: 023084985

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180538462**

Vítima: **EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **01/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180538462**.

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 13602201



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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000040150-0

Nr. da Autenticação 205CF7A2866193A6

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415275/18

Vítima: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 038.317.894-01

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/07/2017

Titular do CPF: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

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

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS : 038.317.894-01

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: 14/11/2018
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF: 491.464.754-00

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180538462 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/07/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 05/11/2018, ASSINADO POR DR. ERICSSON A. MARQUES, CRM 4770, DO ORTOTRAUMA - CLÍNICA DE ORTOPEDIA E FRATURAS.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	MOTORISTA		
IDENTIDADE:	2.624.854	CPF:	038.317.894-01
ENDEREÇO:	R. CICERO ALEXANDRINO, 72 SAS JOSÉ DA MATA C. GRANDE - PB. 58.441-000		

OUTORGADO

NOME:	ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO		
IDENTIDADE:	1.169.247 - SSDS/PB	CPF:	491.464.754-00
ENDEREÇO:	RUA PROF. CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO, JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA- JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 - FONES (83) 99195-1719 (83) 98892-3276		

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.

JOÃO PESSOA, 12 de 11 de 2018.

RECONHEÇO
A FIRMA

São José da Mata - PB

Eguinaldo Pereira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Rodrigo Freire Costa OFICIAL REGISTRADOR Cartório Campina Grande-PB Dist. de São José da Mata	CAMPINA GRANDE CARTÓRIO UNICO DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA Rua Herólio Figueiredo, 56 - Centro de São José da Mata - Campina Grande - PB Cep: 58411-000 - Fone: (83) 3314-1233 / 3301-4928 / 99033-5828 Oficial Registrador: Rodrigo Freire Costa	
	Reconheço a autenticidade da assinatura de <i>Eguinaldo Pereira dos Santos</i>	
	<input type="checkbox"/> SINAL PÚBLICO	<input checked="" type="checkbox"/> AUTENTICIDADE
	Curso <input type="checkbox"/> SINAL PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/> AUTENTICIDADE	
Campina Grande - PB		12 NOV 2018
SELO NORMAL		49164028 49158 TIPO B
SELO DIGITAL		Consulte a autenticidade: https://selodigital.spb.pb.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013220945820
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD REN PRT 20170000195997 EXERCÍCIO
1 0097659022-0 00/00000000 2017

NOME

JACIARA SOUSA DE MELO

CPF / CNPJ

04125591458

PLACA

KJJ3466/PB

PLACA ANT / UF

KJJ3466 PE

CHASSI

9BWAA05U89P000920

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMOVEL/

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

VW/GOL 1.0

ANO FAB

2008

ANO MOD

2009

CAP / POT / CIL

5 P/76 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRATA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

31/05/2017

OBSERVAÇÕES

A.F CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0

CAMPINA GRANDE-PB

DATA

05/06/2017

40584



Assinatura

Aquinoon Vieira da Silva

7005924

PB Nº 0132209

ESTE É O SEU
PARA MAIS IN
AS CONDIÇO

www.se

SAC D

VIA

CPF /

041255914

RENAVAM

00976590220

ANO FAB

2008

CAT TARIF

1

9

PRÉ

FNS (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

S

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

SEGURAD

CNI

7005924-11