



Número: **0801279-85.2020.8.15.0521**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoinha**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO (AUTOR)		MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37971225	17/12/2020 11:52	2772862_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº: 11163943

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17

Vitima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 12/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00167/00168 - carta_01



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº: 11164450

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17
Vítima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 12/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00563/00564 - carta_03

0056282



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2017

Carta nº: 11494485

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17
Vítima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 12/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

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

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01509/01510 - carta_03



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11681805

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17
Vítima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 12/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 12/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 12/11/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01213/01214 - carta_03



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170323851**
Vitima: **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **12/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170323851**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12536887

Pag. 00611/00612 - carta_16 - INVALIDEZ

00020306





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTOPORTADOR(A) DO RG Nº 24.324.444-2 EXPEDIDO POR SECC/RJ EM 22/12/2017 DOM ECPF (032429467-92) /CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO SERVENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Fundonal;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4095 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003949-5

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

Alana Gatti 25 de maio de 2017
LOCAL E DATA

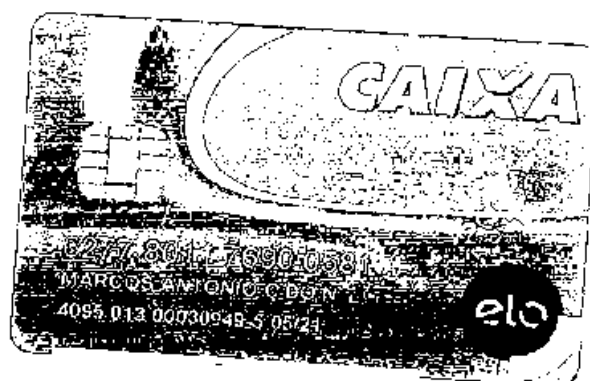
Marcos Antonio Clementino do Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.







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, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTOPORTADOR(A) DO RG Nº 21.721.444-2 EXPEDIDO POR SECC. I.R.S. EM 02/12/2014 ECPF 032429167-9 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO PELOSOE RENDA MENSAL DE R\$ PELOSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4095 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00030949-5

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

Raposa Grande, 11 de julho de 2017
LÓCAL E DATA

Maria Jose de Moraes Siqueira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 0800-0721704.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE GUARABIRA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOINHA-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 093/2017.

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de ocorrências nº 001/2017, o registro nº 093/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze (14) dias do mês de Março do ano 2017, nesta cidade de Alagoinha/PB, presente a autoridade Policial, o **Bel. JANDUY PEREIRA DA SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo o escrivão do seu cargo ao final declarado e assinado, aí por volta das 11h10min, compareceu: **MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA**, RG-31.197.799-5-SSP/RJ, brasileira, solteira, com 26 anos de idade, natural de Alagoinha-PB, filha de José Ronaldo Ferreira da Silva e de Maria das Graças Clementino do Nascimento, residente na Rua do Sol nº 1467, Alagoinha-PB. **E prestou a seguinte queixa:** Afirma a declarante ser sobrinha da vítima **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**; Que no dia 12/11/2016, por volta das 18:30 horas, o tio da declarante **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, nascido em 05/03/1976, natural de Paraíba, filho de Antonio Clementino do Nascimento e de Naide Maria da Conceição, residente na Rua do Sol, s/n, Alagoinha-PB, seguia conduzindo a motocicleta **HONDA CB-300 R, ANO E MODELO 2010, COR PRETA, PLACA NOB-3088/PB, CHASSI 9C2NC4310AR096710**, em nome de **FLADIMIR SOBRAL DE MELO**, pela Rodovia PB/063, sentido Alagoinha a Mulungu-PB, quando nas proximidades da Fazenda do Dr. Geraldo Beltrão, numa curva o mesmo sobrou e vindo a cair com a moto que conduzia, e em virtude da queda o mesmo foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira com traumatismo crânio encefálico, sendo entubado e encaminhado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi cirurgiado, passando aproximadamente um mês em estado de coma, e no momento encontra-se em sua residência com pouca consciência tem dificuldade em reconhecer as pessoas; Que o mesmo faz fisioterapia em casa e também uma fonoaudióloga o atende em sua residência. **É o que contém o original.**

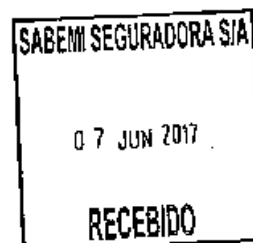
Alagoinha, 14 de Março de 2017.

Noticiante: Maria José do Nascimento Silva

Autoridade Policial:

JANDUY PEREIRA DA SILVA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

JOSÉ PEREIRA DA CUNHA JUNIOR
ESCRIVÃO AD-HOC
MATRÍCULA Nº 146.133-8





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2017

Ocorrência nº. 453/2017

Aos 25 (VINTE E CINCO) dias de Agosto de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h00 min, compareceu a **PESSOA** a seguir qualificada:

MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA, conhecido(a) por xxxx, Identidade nº 31.197.799-5-SSP/PB, CPF nº XXXX, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteira, profissão: vendedora, filho(a) de Jose Ronaldo Ferreira da Silva e de Maria das Graças Clementino do Nascimento, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 08.010.1990, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Sol, 1467 - Alagoinha/PB

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO
- 2) **data do fato:** 12/11/2016
- 3) **Horário do fato:** 18:30 H
- 4) **Local do fato:** PB- Alagoinha/PB

5) Breve resumo do fato:

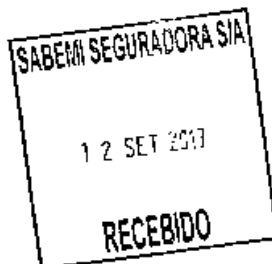
O noticiante compareceu a esta delegacia para comunicar que é sobrinha de MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO; QUE seu tio, sofreu um acidente em 12.11.2016, que resultou lesões permanentes, conforme Boletim de Ocorrência nº 093/2017 e laudos em anexo; QUE como comprou a moto de terceiros e não realizou a transferência para o seu nome, de modo que o proprietário encontra-se em local incerto e não sabido.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Maria Jose do Nascimento Silva
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o) Agente
Matrícula nº 168393-4



Recebo_Boletim_OACI170





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, NARCIS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 28.274.414-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.429.461-98, residente e domiciliado na RUA DO SOL, Nº 4330, CENTRO, Cidade ALAGOXINHA, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alagoinha, Paraíba, 05 de maio de 2017
Local e data

Marcia Jose do Nascimento Silva
Assinatura do declarante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 24.721.414-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.429.167-98, residente e domiciliado na RUA DO SOL, N° 4370, CENTRO, Cidade ALAGÓINHA, Estado PARAÍBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

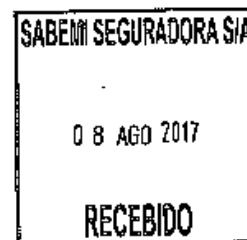
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alagoinha - PB, 14 de julho de 2017
Local e data

Marcos José do Nascimento Silva
Assinatura do declarante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcelo Antonio Clementino do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 21.721.419-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.429.167-98, residente e domiciliado na Rua do Sol, nº 1870 - Centro, Cidade Alagoinha, Estado Pernambuco, 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 5.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

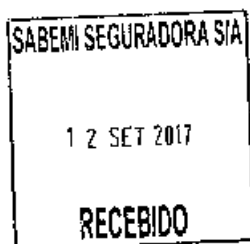
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 5.194/74.

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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Antonio Clementino do Nascimento
Local e data

06.09.2017 / Alagoinha - PB
Assinatura do declarante





RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

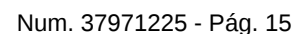
Dados da ocorrência			
Data: 12-11-2016	Ocorrência Nº: 09	VTR: AR-36	Ponto Base:
Hora do aviso: 20:08	Hora de saída: 20:09	Hora na local: 20:30	Hora no hospital: 21:05
VTR de apoio:			
Local da ocorrência			
Endereço: Rodovia PB 067		Nº:	
Complemento:		Bairro: Zona Rural	
Ponto de referência:		Cidade: Muriqui	
Dados da vítima			
Nome: Marcos Antônio Clementino da Natividade		Idade: 40	Sexo: M F
Raça:	☒ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo		
Endereço:		Telefone:	
Bairro:		Cidade:	
Tipo de ocorrência			
Colisão: ☒		☐ Vítima de queda: _____ metros	
☐ Ferimento por arma de fogo	☒ Queda de moto	☐ Afogamento	☐ Crise Convulsiva
☐ Ferimento por arma branca	☐ Atropelamento	☐ Urgência Cardíaca	☐ Suicida
☐ Agressão física	☐ Queda de Bicicleta	☐ Urgência Respiratória	☐ Socorrido por 3º
☐ Capotamento	☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	☐ Recusa
☐ Desmoronamento/Desabamento/Setoramento	☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio	
☐ Intoxicação: Agente: _____	☐ Alagamento	☐ QTA () COCB () Outros	
☐ Queimadura: Agente: _____	Grau(s): _____ Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): _____		
☐ Transporte: Origem: _____	Destino: Rigamok ☐ Outros: _____		
Condições de segurança		Situação da vítima	
Ativação do air bag: ☐ sim ☐ não	☐ Em automóvel	☒ Condutor	☐ Decúbito ventral
Usava capacete: ☐ sim ☒ não	☒ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro	☒ Decúbito dorsal
Usava cinto: ☐ sim ☐ não	☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro	☐ Decúbito lateral
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☐ não	☐ Pedestre	☐ Garupa/carona	☐ Deambulando
Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	
Localização das lesões		Exame da vítima	
01. Abrasão		A - Vias aéreas	
02. Amputação		☐ Permeáveis ☐ Não Permeáveis ☐ Eupnéia	
03. Avulsão		☐ Vômito ☐ Apnéia	
04. Contusão		☐ Sangue ☐ Dispnéia	
05. Empalamento		☐ Secreção ☐ Bradipnéia	
06. Encravamento		☐ Queda da língua ☐ Taquipnéia	
07. Esmagamento		☐ Corpo estranho ☐ Ruidosa	
08. FAF		☐ Outros	
09. FAF		C - Circulação	
10. Fratura aberta		Pulso	
11. Fratura fechada		☐ Pulso radial ☐ Normal ☐ Fria ☐ Clavotica	
12. Laceração		☐ Pulso braquial ☐ Fria ☐ Ictérica	
13. Luxação		☐ Pulso carotídeo ☐ Quente ☐ Pálida	
14. Paralisia		☐ Normal ☐ Sudorese	
15. Queimadura		☐ Aumentada ☐ Normal ☐ > 2 segundos	
16. Outras: _____	☐ Diminuída ☐ Ausente		
Escala de Coma de Glasgow		D - Neurológico	
Abertura ocular		☐ Isocoria ☐ Anisocoria ☐ Otorragia	
Melhor resposta verbal		☐ Midriase ☐ Foto reagentes ☐ Rinorragia	
Melhor resposta motora		☐ Miase ☐ Não fotoreagentes ☐ Convulsões	
SABEMI SEGURADORA S/A			
Sinais vitais			
Inicial	PA	X	mmHg FC bpm FR lpm SPO2 % T °C
Final	PA	X	mmHg FC bpm FR lpm SPO2 % T °C

07 JUN 2017

RECEBIDO

12/11/2016

—LAW. NO. 200. 1900.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, MARCO ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

RG nº 24.724.444-2, data de expedição 22/12/2011, Órgão SECC/RJ

CPF nº 072.429.167-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO SOL</u>
Número	<u>1370</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGOINHA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.390-000</u>
Telefone de Contato	<u>9 8664 - 8798</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoa Grande, 05 de maio de 2012

Assinatura do Declarante: Maria José do Nascimento Silva



NOME MARIA DO NASCIMENTO
RUA DO SOL, 1311 - CENTRO
ALAGOAS-AL/PB CEP: 55390000 (AG 23)

Chave de acesso: RESCUE/QUAL/BAIXA PERDA ECONOMICA O 299 Km 75 - Ocul Redim - Colar e peso 750 - CEP 55391600
Potência 14,42 x 750 = 10800 Referência Dez/2016 CHPJ 09005 1830001-45 Ass. Ext 18 015 023 0
Nº medidor 05300164818 Envio 27/12/2016 Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº 165 006
Código com. Estado Autuação nº 0504346032

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

Canal referência D UT (Unidade Consumidora) 8/434466-2

Canal de contato

Dez / 2016

Apresentação

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE, baseada para Lei nº 10.438, de 26 de Junho 2002

27/12/2016

Data prevista de
próxima leitura

25/01/2017

CPF CNPJ/RAR

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data		Data				
28/11/16		22/12/16		1	89	29
28/11/16		22/12/16		1	89	29
Demonstrativo						
Descrição		Quantidade		Preço	Valor (R\$)	
Consumo 30 kWh-ER		30		0,15003	4,51	
Consumo 31 x 100 kWh-ER		89		0,26823	23,87	
Ass. B Anterior					0,04	
Subtotal					28,42	
ICMS					15,74	
PIS					0,83	
COFINS					3,82	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
Juros de mora 1/2016					0,01	
Multa 1/2016					0,07	
Devolução Subsidio					-21,31	

Histórico de Consumo
(kWh)

Nov/16	108
Out/16	98
Set/16	105
Ago/16	79
Jul/16	74
Jun/16	83
Mai/16	76
Abr/16	94
Mar/16	92
Fev/16	84
Jan/16	153
Dez/16	287

Medidas últimas em
R\$

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALORES
ICMS	25,00	15,74
PIS	1,0102	0,83
COFINS	4,5425	3,82

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

04/01/2017

R\$ 42,63

1ed2.c222fd2c.feb9.38fb.0282.4855.18fd.

Indicadores de Qualidade 10/2016 - P66e

Limites da ANEEL	Aprimor	Limite de Tensão (V)	Diferenciação	Valor (R\$)	%
DE TENSÃO	7,88		Sempre em Dia da Energia-EPB	0,50	19,89
DE TENSÃO	15,32		Qualidade Energia	0,54	23,37
DE ANEEL	30,65		Sempre em Dia da Energia-EPB	0,58	2,29
DE ANEEL	2,58		Qualidade Energia	0,54	2,85
DE TENSÃO	7,10		Qualidade Energia	25,17	47,49
DE TENSÃO	14,20		Qualidade Energia	0,00	0,00
DE TENSÃO	4,31				
DE TENSÃO	12,77				

ATENÇÃO

- Sua unidade foi avaliada como Boa Prática, sendo um desconto de R\$ 1,31





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA

RG nº 31197794-5 data de expedição 21/08/14, Órgão SSP/RJ,

CPF nº 088656734-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO SOL</u>
Número	<u>1467</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGONHA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58390-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98664-8796</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoinha/PB, 01/06/17

Assinatura do Declarante: Maria José do Nascimento Silva

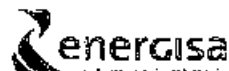


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é obrigatório via de conta.

Fatura para o pagamento em nome do consumidor. Inteiro e não se aplica a tarifa. R\$ 001,235,080



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristal Redenção - João Pinheiro I 90 - CEP 84011-400
CNPJ 08.295.135/0001-42 Insc. Est. 19.015.821-4

DADOS DO CLIENTE

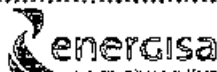
MARIA DAS GRACAS CLEMENTINO DO NASCIMENTO
RUA DO SOL 1457
ALAGONHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1068507-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2017	26/04/2017	111	04/05/2017	R\$ 70,43

Acesse: www.energisa.com.br



307971225-1

MARIA DAS GRACAS CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Telefone: 16-042-730-8180

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/05/2017

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO
04/05/2017	R\$ 70,43	1068507-2017-04-5





ANEXO II
DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA portador(a) do RG nº 31.197.799-5, expedido por SECC/RJ, em 31/08/2014, CPF/CNPJ nº 088.656.734-35,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO CLEMENTINO NASCIMENTO do sinistro de DPVAT da natureza ACIDENTARIA da vítima MARCOS ANTONIO CLEMENTINO NASCIMENTO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recebeu Renda Mensal: R\$ Recebeu

Documentos comprobatórios: Recebeu

Maria José do Nascimento Silva
ASSINATURÁ – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



REG.: 000029954

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARASIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

12/11/2016 20:54

ATEND POR:

AMARAL

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABII

CNPJ: 08.778.268/0036-

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: CASADO(A)

RG:

DN.: 05/03/1978

40 ANOS

ENDEREÇO: RUA DO SOL, 1467

BAIRRO: CENTRO

CIDADE/UF: ALAGOINHA - PB

CEP: 58390000

MAE: NAIDE MARIA DO NASCIMENTO

PAI:

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA

☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA

☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.

☐ 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.

☐ 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OBITO

☐ RESIDENCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ AMB. / SUS

☐ OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATIV. PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Vítima de acidente com mach. Traçado pelo Sinais, em tcc, 8 pontos = 26; PA = 112 x 120; pupila anisoc. Co. isolado a esquerda com angulação normal para o Hospital A Tumor

CONFERE
COM O ORIGINAL

SABEMI SEGURADORA S/A

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS

07 JUN 2017

RECEBIDO

7. DIAGNOSTICO:

CEC

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ASS. FAM./RESPONSÁVEL

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/11/2016

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>LUIS CARLOS M. FERREIRA</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>40A</u>																																								
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120x80</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>18x4</u>	TEMPERATURA: <u>36.5</u>	PESO: <u>70</u>																																								
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO																																										
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>VPN</u>																																												
AP. RESPIRATÓRIO: <u>ndn</u>		AP. CIRCULATÓRIO: <u>ndn</u>																																										
AP. DIGESTIVO: <u>-</u>		ESTADO MENTAL: <u>intubado</u>		DROGAS EM USO: <u>-</u>																																								
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: <u>-</u>				ESTADO FÍSICO (ASA): <u>-</u>																																								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>-</u>																																												
CIRURGIA REALIZADA: <u>LIGAMENTO DE PÉDICOLO PRECÓRPIO</u>																																												
CIRURGIÃO: <u>DR. GUILHERME</u>		AUXILIARES: <u>DR. ALEXIO</u>																																										
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>11:30</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>04:30</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>03:00</u>																																								
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>-</u>		QUANT. DE CH.: <u>-</u>		VALORES R\$: <u>-</u>																																								
ANESTESISTA: <u>DR. JOÃO BATISTA + DR. GEDIEL PEREIRA</u>																																												
<table border="1"> <tr> <th>MANEJO</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> </tr> <tr> <td>RESPIRATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>CIRCULATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>TEMPERATURA</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> </table>					MANEJO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
MANEJO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
<table border="1"> <tr> <th>VALORES</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> </tr> <tr> <td>RESPIRATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>CIRCULATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>TEMPERATURA</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> </table>					VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
<table border="1"> <tr> <th>VALORES</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> </tr> <tr> <td>RESPIRATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>CIRCULATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>TEMPERATURA</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> </table>					VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
<table border="1"> <tr> <th>VALORES</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> </tr> <tr> <td>RESPIRATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>CIRCULATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>TEMPERATURA</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> </table>					VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
<table border="1"> <tr> <th>VALORES</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> <th>1/2</th> </tr> <tr> <td>RESPIRATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>CIRCULATÓRIO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>TEMPERATURA</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> <td>1/2</td> </tr> </table>					VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
VALORES	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
RESPIRATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
CIRCULATÓRIO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
TEMPERATURA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					
DIAGNÓSTICO	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2																																					

ANESTESIA GERAL ☒ **TRACOTOMIA** ☐ **EPIDURAL** ☐ **BLOCO PLEXO** ☐ **BLOCO NERVOS** ☐ **OUTROS** ☐

Paciente intubado previamente - monitorizado

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO

1. Fentanyl 200 mcg + 100mcg	12. Propofol 0.2 mg/kg
2. Rocuronio 50mg	13. Etomidato 10mg
3. Cefazolin 1g	14. Atorvastatina 20mg
4. Dexametasona 10mg	15. Noradrenalina 0.8mg
5. Naloxona 0.8mg	16. Diprivo 0.2g
6. Diprivo 0.2g	17. Morfina 50mg
7. Morfina 50mg	18. Sufentanil 50mcg
8. Sufentanil 50mcg	19. Sufentanil 50mcg
9. Sufentanil 50mcg	20. Cefazolin 1g
10. Cefazolin 1g	

Monitorização de (Dr @) - manutenção de propofol em BIC
 Sufentanil 0.5 mcg/ml - 0.2 mcg/kg
 Gama oxigênio: 97.46% pO2: 38 mmHg; Hb: 11.2 g/dL
 HCO3: 36.1; Lact: 3.6 mmol/L.



Nome: Marco Antônio Cirrentino da Nogueira BE Prontuário: 960798
Idade: 40 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: NEUROLOGIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Craniotomia decompressiva
Cirurgião: Guotaro C. Petrich 1º Assistente: Roberto CES Bonaldi
2º Assistente: Samuel TAVARES 3º Assistente: Wanirio Cabral
Instrumentador: Jo + Marc Anestesista: Juliano
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início 11:00 Término 14:00

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
TCE	506
Flammatoma Pericranial	
Traumatismo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Camictomia Decompressiva	
Tratamento Cirúrgico Hematomas	
Pidaminal Traumatismo	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria (~~X~~) Terapia Intensa (~~X~~) Residência (~~X~~) Óbito durante Ato Cirúrgico

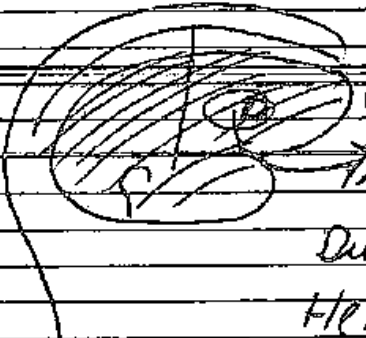
Médico/CRM:

João Pessoa,

P/NG1.ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Dorsal Horizontal
Iniciação:	11-T
Achados:	Hipertensão Intracraniana Hematoma Pterigional Traumático
Conduta:	 Craniectomia FTP Direita Expositiva FTP Direita, Craniectomia 15x1,55" Com Frontal Redida Drena Hematoma Pterigional Traumático, Hemostasia Rigorosa Duroplastia Com Pericrânio Hemostasia Rigorosa
Fechamento:	Por Planos
Observação:	

Dr. Gustavo Carlos Patrão
 Neurocirurgia
 CRM-PB: 6500

João Pessoa, 13/11/16

Médico/CRM:

CLINICA
SUELIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

100000405401 BE: 880798
MARCELO ANTONIO CLEMENTINO DO NAS
DT. NASC: 05/03/1976
MOR: RUA MARIA DA CONCEIÇÃO
END: DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 32
N. 1467 - CENTRO
MAGDOINHA
FONE: (31) 300008786
CELEBRAR (31) 300008786
IDADE: 40
DT. ENTREGA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		NOR 13.11.16
		TCE GRAVE
		OCUS 3, PUPILAS PUNTIFORMES
		SEM RESPOSTA DESSAS ADMISSÃO
		TCE CRÔNICO: COMISSÃO TEMPORAL + LENTÍCULA A BINGRA + OLM
		CA: SUPRACUTÂNEO NO MEMBRANO
		15.11.16
		← PÓS OP (OR)
		Planta Secada
		PUPILAS 2x3cm Dx < Esq.
		23.11.2016 Neurologia (12:00h)
		Pupila RN 2x3cm (Dx - Dominante) Planta Secada

F(NG).ENF.018-1

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

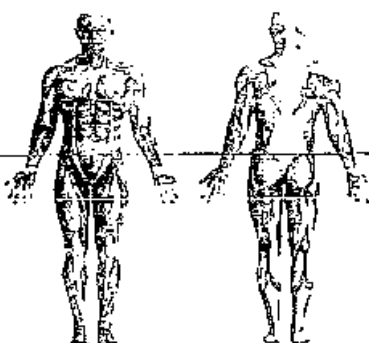
FQNG).ENF.018-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO: Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendão |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Enfiado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paralela |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Hemorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%): _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 DIA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (setor) ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência

☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SYO

ASSINATURA/CAPIXADO

ASSIN

ASSIN DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

100000495001
MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NAS
DT. NASC.: 05/03/1970
MRE: RAÍDE MARIA DA CONCEIÇÃO
END.: DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 33
N. 1487 - CENTRO
BLVD. DINHA
FONE: ()
CELULAR: (83) 996646785
IDRDE: 48
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de moto
TCE Biquete *Acidente causado por falta de*
conhecimento
Maneio da Turbida

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pélvicas ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

1- VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: ☐ Imp SaO₂: ☐ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Palida ☐ Cianótica
☐ Pictórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas
☐ Hipofônicas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE QU BA: ☐ Sim ☐ Não
PC: ☐ bmp PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C
ECG: ☐

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ☐ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Choro, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ad contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhum	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

P/N31.CC.091-1



Terceira sessão 01/12/16. (clínica)

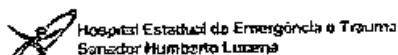
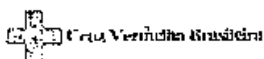
Paciente acordado consciente, algo orientado, Cynismo
sentido espontâneo, olhos normais, normocloria
da pele, não cooperativo, não espanta o examinador.

Conduta Sane: Exame físico normal nos 04's.

: Manipulação da língua
: Extensão da língua e receptiva
: Orientação e compreensão.

Exatidão da S. / S. + fonologia
2/12/16





ACOLHIMENTO, em... CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 960798



Jeito 2 MA (12/11/2016)

Identificação do paciente			
ID 1104802	Nome MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO		Sexo Masculino
Data de nascimento 06/03/1978	Idade 40 anos 8 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MAIDE MARIA DA CONCEICAO	Pai ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO		
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA - SOBRINHO(A)	
DDD Móvel 33	Fone Móvel 986648796	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 217218142	Nº Cns
Local de procedência ALAGOINHA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade BELEM	CEOR	
Endereço			
CEP 54.90970	Município da residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 33
Número 1487	Complemento DO SOL	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 12/11/2016 23:49:29	Número da carteira 100005455491	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Caráter do atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Motivo de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais		TOMOGRAFIA	
PA	X	Pulso	Temperatura
Exames complementares		TIPO ... <u>CRANIO</u>	
Rato X [] Sangue []		DATA ... <u>19/11/16</u>	
Dados clínicos		HORA ... <u>19:00</u>	
TOMOGRAFIA		NOME TÉCN. RAD. ... <u>Wesley</u>	
DATA ... <u>19/11/2016</u>		ASS. ... <u>[assinatura]</u>	
HORA ...			
NOME TÉCN. RAD. ...			
ASS. ...			

Sinais Vitais		TOMOGRAFIA	
PA	X	Pulso	Temperatura
Exames complementares		TIPO ... <u>CRANIO</u>	
Rato X [] Sangue []		DATA ... <u>18/11/16</u>	
Dados clínicos		HORA ... <u>14:19</u>	
TOMOGRAFIA		NOME TÉCN. RAD. ... <u>Willian</u>	
DATA ...			
HORA ...			
NOME TÉCN. RAD. ...			
ASS. ...			

08:00h Nina

VE

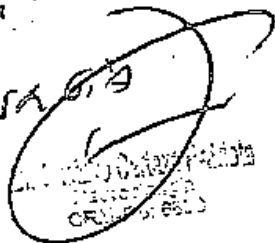
Postura Desembargada
Pulso 500

Te Lúcio

Controlo Traumatiza
Pulso 500
e Temporal
Dorso Super

Com Sinter

Liandra



CLINICA

Nota de Sala Cirúrgica

Nome do Paciente: Marcos Antonio L. da Nascimento

IDADE: 40 SEXO: M RACIA: BRANCA LEITO: 14

Cirurgião: Dr. Gustavo + Dr. Alício

Anestesia: Local

Anestesiologista: Dr. João Batista

Instrumentador: Joãozinho + Camila Ariane

DATA: 14/12/2020 TEMPO CIRÚRGICO: 11:30 ANESTESIA INÍCIO: 11:30 CIRURGIA INÍCIO: 14:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I (CLASSE 1) ASA II (CLASSE 2) ASA III (CLASSE 3)

RISCO DE CONTAMINAÇÃO (COLMATAÇÃO) CONTAMINADA (INFECTADA) (POTENTE) (LIMPE) (CONTAMINADA)

MATERIAL	QTD.	MATERIALS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	SRL 500ML	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 1	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		SF0.9% 500ML	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 2	
BUPIVACAÍNA PESADA		nanite	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 3	
CEETANIL				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 4	
DROPERIDOL				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 5	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 6	
FENOBARBITAL	1	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 7	
HEXANIL	1	PVPi DEGERMIANTE	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 8	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 9	
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 10	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 11	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 12	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 25X0,5	02	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 13	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X0,7	02	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 14	
MAIDAZOLAN		AGULHA 25X0,8	02	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 15	
MORFINA		AGULHA 40X12	02	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 16	
NIMBEM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 17	
PANCITOLONIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 18	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 19	
PROPRIOFOL	1	AGULHA RAQUIM Nº250		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 20	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUIM Nº260		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 21	
ROCURÔNIO	1	AGULHA RAQUIM Nº270		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 22	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 23	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 24	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 25	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLESTOMIA		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 26	
ADRENALINA		CÂMERA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 27	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 28	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 29	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 30	
CLFAZOLISA	29	CATETER EPIDURAL Nº17		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 31	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 32	
DOPIDINA SÓDICA	25	CERA PARA DSSO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 33	
EPIEDINA		COLET. URINA FECHADO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 34	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 35	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 36	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 37	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 38	
LIDOCAÍNA GELIA		ELETRODOS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 39	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 40	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 41	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 42	
PROTARINA		ESPONJA DE PVPi	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 43	
TENDONICAN		ESPARADRAPO	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 44	
Sulfato de Mg	1	GAZES	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 45	
Chetadina	1	GAZES ALGODOADAS	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 46	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 47	
		IFLON Nº14	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 48	
		IFLON Nº16	OK	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 49	
		Surgitel	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 50	
		P.A.S.A.	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 51	
		BRCA	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 52	
		CERA P/ DSSO	1	FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 53	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 54	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 55	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 56	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 57	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 58	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 59	
				FILO CAT. GUT. CROMADO Nº 60	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:52:55

Num. 37971225 - Pág. 34



செட்டிநாடு
பேரரசு
இ. சிவசுந்தரி

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____
DO HOSPITAL: H126
PARA O HOSPITAL: Hing. P. T. M.
MÉDICO ASSISTENTE: W. F. M. DATA: 12.11.2016

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Moisés Antonio da Silva SEXO: M

PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: R. 10 Fev. 1467 BAIRRO: Centro

MUNICÍPIO: Alagoinhas ESTADO: PE

ANAGNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Situação da anclagem em relação, tamanho da placa
em relação ao perfil maxilar em TEE, SPO2
26. CA = 110 x 30

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

DIAGNOSTICO:

PROVAVEL: + E-
C/D





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 960700 e PRONTUÁRIO nº 96622

PACIENTE: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 05.03.76

Data e Hora do Atendimento: 12.11.16

Horário: 23:49h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE com rebaixamento do nível de consciência, entubado, pupilas anisocóricas, Glasgow 03. Atendido pelo Dr. Gustavo Patriota CRM 6800, Dr. Aristavora Fernandes CRM 2904, Dr. Erickson Bonifácio CRM 6005, Dra. Thaise Agra Teixeira CRM 5247.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA PUNTAMINAL TRAUMÁTICO CID 10 S 06 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou contusão temporal à direita e tratamento cirúrgico em 13.11.16 com craniectomia descompressiva e tratamento cirúrgico do hematoma puntaminal traumático.

ALTA HOSPITALAR: 07.12.16

Data da Emissão: 16.03.17

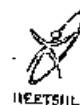
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVMETSRL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Marcos Antonio Clementino Nascimento</u>		N de BE: <u>960798</u>	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u></u>	Clinica: <u></u>	Enf.: <u></u>
Data de admissão: <u>12.11.16</u>		Alta: <u>07.12.16</u>	Leito: <u></u>
Diagnóstico de Internação:		Tempo de Permanência:	
TEC grave			
Diagnóstico Definitivo:			
contusão. Hemisfério D			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: TC crânio normal			
Cirurgia realizada - data e equipe: Craniectomia descompressiva + drenagem de			
Biópsias: Hematoma			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
ECG: 12			
Hemograma			
permanece internado pela Clínica			
com monitoragem			
Orientações Pós Alta			
Repouso:			
Relativo em casa por, 90 dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, 10 dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, dias e com maior em, 90 dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: Rodante			
Retorno:			
Ao posto de saúde em			
Ao ambulatório NER/Htop para retirada de ponto.			
em 30 dias para revisão.			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,			
MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			
INÍCIA MÉDICA			
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:52:55			





Receituário Médico

RECEITUÁRIO

Marcos Antonio Clementes Nascimento

Lavos Pêrnas

Paciente vítima de acidente de
trânsito em 12-11-16. Apresentou TCE

grave com contusão hemisférica (D).

Intubação à canulação traqueal sem compressão
+ drenagem de hematomas.

Auto-re ECE: 13/12 (desorientação importante)
Hemisférico Eq
Área de contusão (D)

Subito apresentando

Data: 1 / 1 /

06.03.17

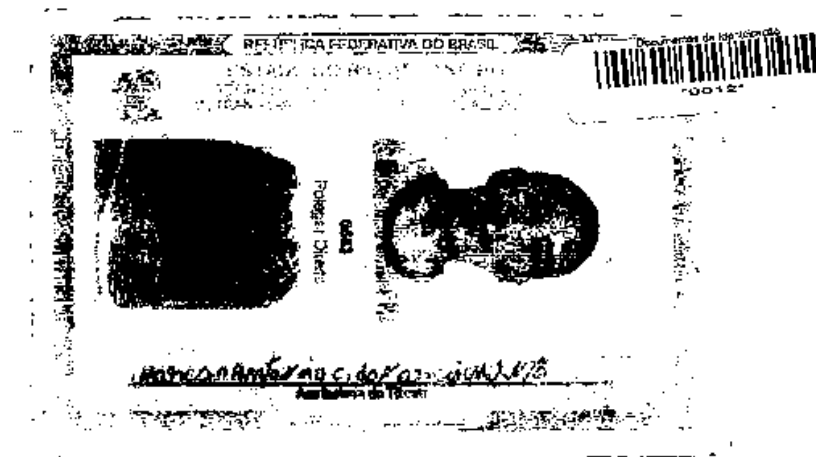
Médico - CRM

CRM 5247

CID: S.06

F(NG).CC.002.1





SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN 2017

RECEBIDO

21.421.110-2

MARCO ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

MAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

05/03/1974

C. NASC. CIV 03/01A FLS 70 TERM 306

RECEB. PB

012.420.167-98

072 012 0167-98

Cadastro de Pessoas Físicas

Nome de registro

Nome

Nascimento



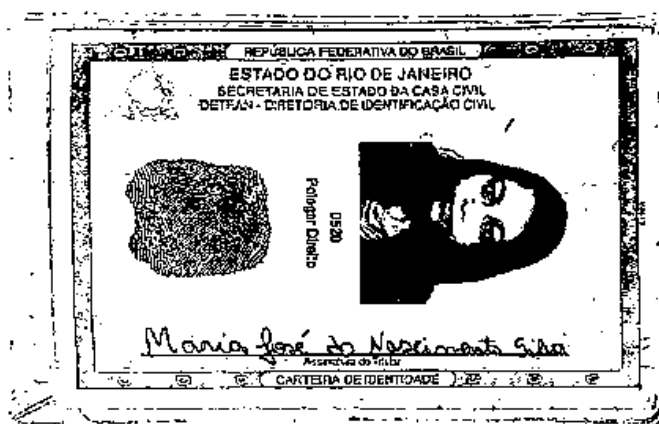


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	31.197.799-5	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/08/2014
NOME MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA			
FILIAÇÃO JOSÉ RONALDO FERREIRA DA SILVA			
MARIA DAS GRAÇAS CLEMENTINO DO NASCIMENTO			
NATURALIDADE PARAÍBA		DATA DE NASCIMENTO 08/10/1990	
DOC. ORIGEM C. NASC LIV 00014A FLS 024 TERM 0013529			
ALAGOINHA PB			
CPF 088.636.734-35		001 1 Vb	
FLAMINIO AVELINO S. SILVA PROFESSOR DE DIREITO Nº 24/2007-118-7			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/89			

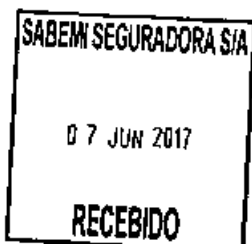
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



[illegible]

SABEMI SEGURADORA S/A
07 JUN 2017
RECEBIDO

18235403460

2015 21/08/2015

11400

2015 09 9010431040190710

SEGURO

512-10

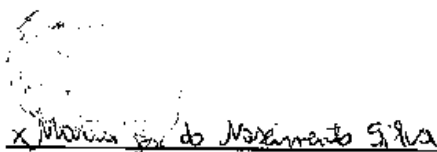


DECLARAÇÃO

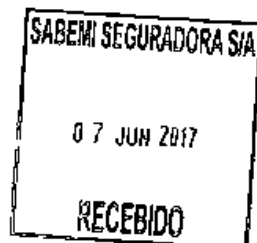


EU, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, INSCRITO NO RG: 21.721.414-2 E CPF: 072.429.167-98, VENHO POR MEIO DESTA, INFORMAR QUE A MOTO HONDA CB 300R, ANO E MODELO 2010, COR PRETA E PLACA NOB 3088/PB, EM QUE EU SOFRI O ACIDENTE DESCRITO NESTE PROCESSO, NÃO ERA DE MINHA PROPRIEDADE, SENDO DE UM AMIGO, QUE NO MOMENTO ESTAVA EMPRESTADA A MINHA PESSOA, E APÓS O ACIDENTE NÃO SEI MAIS ONDE ELA ESTÁ LOCALIZADA, AFIRMO AINDA TAMBÉM QUE DEVIDO AO ACIDENTE, ESTOU COM DIFICULDADES EM MOVIMETAR OS DEDOS E MÃOS E POR ESTE MOTIVO NÃO PUDE ESCREVER DE PRÓPRIO PUNHO ESTE DOCUMENTO, SENDO REPRESENTADO AQUI POR MINHA PROCURADORA , QUE ABAIXO SUBSCREVE.

ALAGOA GRANDE, 04 DE ABRIL DE 2017.


x Marcos Antônio do Nascimento Silva

MARCOS ANTÔNIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO



Declaração



Eu, Marcos Antonio Clementino do Nascimento, inscrito no RG: 21.721.414-2 e CPF: 072.429.167-98, venho por meio desta, informar que a moto Honda CB 300 R, ano e modelo 2010, cor preta e placa nos 3088/PB, em que eu sofri o acidente descrito neste processo, na rua de minha propriedade, sendo de um amigo, que no momento estava emprestada a minha pessoa, e após o acidente não sei mais onde ela está localizada, sendo representado aqui por minha procuradora, que abaixo subscreve:



Alagoinha grande 11 de julho 2017

Marcos José do Nascimento Silva.

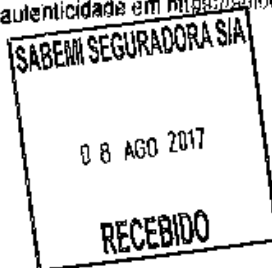
D Cartório
Juliana Coelho

Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoinha Grande - PB
Rua Francisco João Cavalcanti de Miranda, 108 - CEP: 56188-000
Fone: (33) 3270-1258 - E-mail: augunof2@cartorios.alagoinha.pb.gov.br
Tabela Elmar Nogueira de Araújo

Reconheço, a(s) Firma(s) por: () Semelhança e/ou
(X) Autenticidade de: Marcos José do Nascimento Silva
Alagoinha Grande, 11 / Julho / 2017
[Assinatura]
TABELA PÚBLICA



Selo Digital: AEK84236-HK60
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>





CARTÓRIO DO SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Francisco Lino Cavalcanti de Miranda, 06 - Alagoa Grande-PB.

Fone: (083) 3273-2368. E-mail: segundooficionotas.ag@gmail.com

Livro: 87

Folha: 002

PROCURAÇÃO bastante que faz **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**, na forma abaixo:

S A I B A M os que este Público Instrumento de Procuração bastante vir, que aos trinta (30) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017) nesta cidade de Alagoa Grande sede da Comarca de igual nome, Estado da Paraíba, em meu Cartório, à Rua Francisco Lino Cavalcanti de Miranda nº 06, perante mim Escrevente Substituta, compareceu como Outorgante **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, servente de pedreiro, portador da Cédula de Identidade sob nº 21.721.414-2 SSP/RJ, e CPF sob nº 072.429.167-98, residente e domiciliado na Rua do Sol, nº 1467 Centro, Alagoinha-PB CEP: 58.390-000 reconhecido com o próprio de mim Escrevente Substituta e pelas duas testemunhas abaixo mencionadas, do que dou fé, e perante as quais, por ele outorgante me foi dito que, por este Público Instrumento e na melhor forma de Direito nomeia e constitui sua bastante procuradora, **MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA**, brasileira, divorciada, estudante, portadora da Cédula de Identidade sob nº 31.197.799-5 SECC-DETRAN/RJ e CPF: 088.656.734-35, residente e domiciliada no mesmo endereço do outorgante. A quem confere amplos e ilimitados poderes para, resolver assunto referente à **SEGURO DPVAT**, podendo enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, apresentar, assinar documentos referentes ao sinistro junto a **SEGURADORA LIDER, SEGURADORAS CONVENIADAS** e a **SUSEP**. Como também poderes para constituir advogados com as cláusulas **"AD JUDICIA ET EXTRA"**, podendo assinar todo e qualquer documento referente ao requerimento administrativo do **SEGURO DPVAT**, junto a Seguradora Líder, Seguradoras Conveniadas à **SUSEP**. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo (a) outorgante que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. Valores previstos em Lei Federal 8.935/94 e Lei Estadual 6.402/96 de 25.01.05 Emolumentos: R\$ 46,16; Fejp: R\$ 9,23; Farpen: R\$ 5,01; Iss: 1,51. Total: R\$ 61,91. Validade: 01 ano. E de como assim o disse, do que dou fé. Lavrei este Instrumento que lbe sendo lido em voz alta, aceitaram e assinam com as mesmas testemunhas, minhas conhecidas, presentes a leitura desta que são: cidadãos Luciano José Barbosa dos Santos, Ana Paula de Sousa Lima, com a Sra. Ana Lúcia dos Santos Cabral, a rogo do (a) Outorgante devido ao seu estado de saúde (a), deixando o (a) mesmo (a) a impressão digital do dedo polegar direito. Em test.(sinal) da verdade, a Escrevente Substituta Maria Regina Carmen Nóbrega de Araújo, (aa) Ana Lucia dos Santos Cabral, Luciano Jose Barbosa dos Santos e Ana Paula de Sousa Lima. Está conforme com o original: dou fé.

Alagoa Grande, 30 de março de 2017.

Em Teste da verdade.

A Escrevente Subst.

Maria Regina Carmen Nobrega de Araujo



Selo Digital: **ACU37466-8RFZ**
Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

