

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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144620

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144620

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: MICHAEL DE OLIVEIRA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA	Endereço: R. CANTO SANTO	CPF: 034.668.094-66		
Profissão: CAMAREIRA	Número: 87	Complemento:		
Bairro: VALADONHO	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 52011-340	
E-mail: CONSULTUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	Tel.(DDD): 83 9143-2356			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **92936** **9**
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa/PB, 05/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **05 FEV. 2019**

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **PROTOCOLO**

Assinatura: **ESSCA**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: MICHAEL DE OLIVEIRA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA	Endereço: R. CANTO SANTO	CPF: 034.668.094-66		
Profissão: CAMAREIRA	Número: 87	Complemento:		
Bairro: VALADOURO	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 52011-340	
E-mail: CONSULTUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	Tel.(DDD): 83 9143-2356			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **92936** **9**
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa/PB, 05/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **05 FEV. 2019**

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **PROTOCOLO**

Assinatura: **ESSCA**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01891.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01891.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luciana Ribeiro da Silva**, CPF nº 037.668.094-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Camareira, filho(a) de Luzia Antonia da Conceição e José Ribeiro da Silva, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 25/04/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Campo Santos, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Cemitério Senhor da Boa Sentença, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98818-5516.

Dados do(s) Fatos:

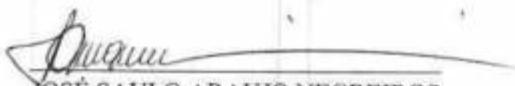
Local: Rua Joaquim Carvalho, Por Trás do Cemitério Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Trincheiras; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

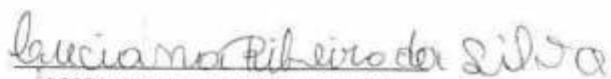
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

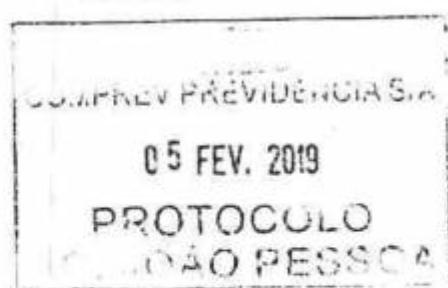
QUE, segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de idade, hoje com 10 anos de idade de nome: Mickael de Oliveira Silva, pedalava uma bicicleta, quando um veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem sabe quem é o condutor que atropelou ao seu filho, pois o mesmo evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE segundo a declarante relata que devido o impacto seu filho foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 26.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0 e T0,0

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01891.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01891.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luciana Ribeiro da Silva**, CPF nº 037.668.094-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Camareira, filho(a) de Luzia Antonia da Conceição e José Ribeiro da Silva, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 25/04/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Campo Santos, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Cemitério Senhor da Boa Sentença, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98818-5516.

Dados do(s) Fatos:

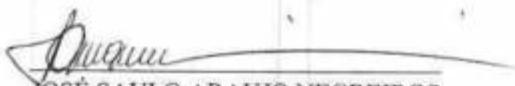
Local: Rua Joaquim Carvalho, Por Trás do Cemitério Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Trincheiras; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

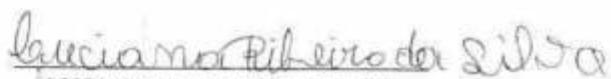
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

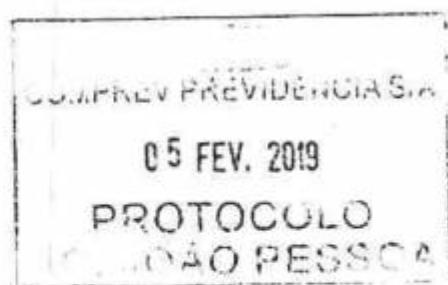
QUE, segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de idade, hoje com 10 anos de idade de nome: Mickael de Oliveira Silva, pedalava uma bicicleta, quando um veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem sabe quem é o condutor que atropelou ao seu filho, pois o mesmo evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE segundo a declarante relata que devido o impacto seu filho foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 26.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0 e T0,0

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: MICHAEL DE OLIVEIRA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA	Endereço: R. CANTO SANTO	CPF: 034.668.094-66		
Profissão: CAMAREIRA	Número: 87	Complemento:		
Bairro: VALADOURO	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 52011-340	
E-mail: CONSULTUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	Tel.(DDD): 83 9143-2356			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **92936** **9**
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa/PB, 05/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **05 FEV. 2019**

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **PROTOCOLO**

Assinatura: **ESSCA**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: MICHAEL DE OLIVEIRA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA	Endereço: R. CANTO SANTO	CPF: 034.668.094-66		
Profissão: CAMAREIRA	Número: 87	Complemento:		
Bairro: VALADOURO	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 52011-340	
E-mail: CONSULTUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	Tel.(DDD): 83 9143-2356			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **92936** **9**
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa/PB, 05/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **05 FEV. 2019**

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **PROTOCOLO**

Assinatura: **ESSCA**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente

ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS	

Admissão

Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []	DATA E PRAZO DE VALIDADE DO PROTOCOLO
Dados clínicos							05 FEV. 2019
							PROTOCOLO
							JOAO PESSOA
Diagnóstico							CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA							Tempo 32seg

Imprimir



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente

ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS	

Admissão

Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []	DATA E PRAZO DE VALIDADE DO PROTOCOLO
Dados clínicos							05 FEV. 2019
							PROTOCOLO
							JOAO PESSOA
Diagnóstico							CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA							Tempo 32seg

Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica . N° 018.724.705



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
RUA CAMPO SANTO 67
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1078095-5

REFERÊNCIA
DEZ/2018

APRESENTAÇÃO
07/12/2018

CONSUMO

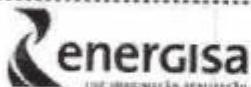
0

VENCIMENTO
14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br



LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Rotelro: 04-001-138-6400
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/12/2018	R\$ 0,00	1078095-2018-12-0

05 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica . N° 018.724.705



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
RUA CAMPO SANTO 67
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1078095-5

REFERÊNCIA
DEZ/2018

APRESENTAÇÃO
07/12/2018

CONSUMO

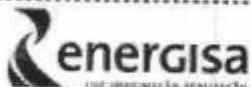
0

VENCIMENTO
14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br



LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Rotelro: 04-001-138-6400
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/12/2018	R\$ 0,00	1078095-2018-12-0

05 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Cinthia Gólio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luana Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.662.094-66, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Nickael de Oliveira Silva, inscrito(a) no CPF sob o Nº _____, 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		Número	Complemento
<u>Av. Capitão José Person</u>		<u>602</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ACARAJÉ</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58015-345</u>
<u>CONSULT-HVS ADVOGADOS</u>	<u>GHAI.COM</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u> <u>83 4343-2346</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>83 98663-0582</u>

José Person, 04 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Gólio da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Cinthia Grilo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Cinthia Grilo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 037668094 / 66 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Michael de Oliveira Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____ 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>N. Capitão José Penas</u>	Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Jalapão</u>
Bairro	<u>Yaguareze</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>comunit.jus.advojados@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 41412316</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 986630583</u>

João Pessoa, 14 de fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Grilo da Silveira

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 03/03/08.

NOME DA MÃE LUCIANA RIBEIRO DA SILVAN

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1052454

DATA DO ATENDIMENTO 01/01/18

HORA DO ATENDIMENTO 17:20

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE BICICLETA/MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA E., POLITRAUMATISMO LEVE

CID 10 S42.0 , T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW - 15. REFERENDADOR NO OMBRO E. , COTOVELO E., BACIA, JOELHO E. , FERIMENTO NO COTOVELO E. . AVALIADOPELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGUA , ORTOPEDIA ,

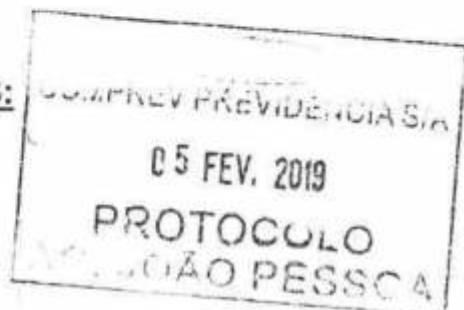
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: BACIA, OMBRO E., JOELHO E. ,COTOVELO E.

USG DE ABDOME(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX- FRATURA DE CLAVÍCULO E. , DEMAIS EXAMES NORMAIS ,



TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA , SUTURA. REAVALIADO PELA EQUIPE MEDICA, MEDICADO E LIBERADO

ALTA HOSPITALAR: 01/01/18

DATA DA EMISSÃO: 26/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente

ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS	

Admissão

Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []	DATA E PRAZO DE VALIDADE DO PROTOCOLO
Dados clínicos							05 FEV. 2019
							PROTOCOLO
							JOAO PESSOA
Diagnóstico							CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA							Tempo 32seg

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA	BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Prontuário
Enderço CAMPO SANTO, 86	Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO	Nº Cons. Regional 2428/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 17:35:04	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

MENOR VITIMA DE ACIDENTE DE BICICLETA COM MOTO HÁ 30 MIN ATRÁS ~~COM MOTO~~ APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE NO COTOVELO E , COM EDEMA NO OMBRO E E PATELA E COM ESCORIAÇÕES COM FACIES DE SOFRIMENTO .NEGA DESMAIO ,CONVULSÃO E VOMITOS .GLASGOW 15

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)
(OBSERVAÇÕES: 5CC EV FE 6/6 HORAS)

PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS (FRASCO 15ML), ADMINISTRAR 25,0 GOTAS(VIA ORAL, 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

CUIDADOS

HGT 12/12HS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE?)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SUTURA DE FERIMENTO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP +LATERAL + AXIAL)

ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

AVALE PREVIA DIA 31
15 FEV. 2019
PROTÓCOLO
DIA 10 PESCA

Almeida Palmeira

15/02/2019



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA	BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			
Endereço CAMPO SANTO, 86	Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 18:43:20	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-BICICLETA APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO ESQUERDO E ERIMENTO SUPERFICIAL COTOVÉLO ESQUERDO. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR.

CD: TIPOIA MJ, PROFENID E CURATIVO ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA MJ FRATURA DE CLAVÍCULA OMBRO ESQUERDO)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

MICKAEL OLIVEIRA SILVA

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 16:47 Hs	Hora de Chegada no Local Hs
01/01/18 1036786			04			
Paciente / Usuário Mikhail de Oliveira Silva				Idade 09	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro Joaquim de Paiva	Médico Regulador Rodolfo	
Logradouro						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
CRM-PB 8559 Assinatura						
HETSHL						
Destino (Unidade Hospitalar)						
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

Moto x moto

► CAUSAS EXTERNAS

► Acidente de Trânsito

- Colisão carro x moto
- Queda de moto
- Atropelamento por: _____
- Colisão carro x carro
- Capotamento
- Outro: _____

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada: _____

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro: _____

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

- AIDS
- Alcoolismo
- AVC
- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto-contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal
- Drogas
- Hipertensão Arterial
- Internamentos Anteriores
- Problemas Respiratórios
- Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

Neg.

1. DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: 96 FR: 22 HGT: --- SpO2 - S/O2: 96% SpO2 - C/O2: ---

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Breve relato de queixas e evolução

05 FEV. 2019

PROTOCOLO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Dor abdominal

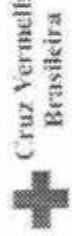
Intervenções: SSUU, AVP com SPL, mobilização

Evolução do Enfermeiro:

Reunião com paciente orientado, Eupnico, não baixa satisfação, nega dor abdominal, apresenta 2 lacunas no abdômen (1) circunferencial em cintura (2) semelhante, não queixa de náuseas ou vômitos.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

H. Juliana, mobilização + Benf (p) HET v.l. 11



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasília

Data:	01/01/18 17:53
Usuário:	SAMARA ADJUTO
Boletim	1052454

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MICHAEL OLIVEIRA SILVA		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Pronunciado	Data Prescrição
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito		03/03/2008	9	MASCULINO	052454	01/01/2018 17:35:04
Convenio SUS						Vigilância da Prescrição	01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00
						Senha	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V		24H	
3 CEFALOTINA 1G	1,0	G	Observações: SCC EV FE 6/6 HORAS	E.V.		6/6H	
4 PARACETAMOL	25,0	GTS		ORAL		6/6H	
5 HGT 12/12HS	0,0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0,0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0,0						

Samara Adjuto
Pedagoga
CRM-PB 8559

MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO
CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Seredor Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Registro	1052454	Idade	9A 9M 29D
Localização	CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO	Coleta Prévia de Cultura?			
		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		
Antibióticos		Posologia		Intervalo	Tempo
1	CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H		6/6 HS	7 Dias

Indicação Terapêutica: FERIMENTO INFECTADO	Assinatura e Carimbo Médico: <i>Samara Adi Penitaria</i> <i>CRM/PB 855</i>
Indicação Prolíptica: FERIMENTO INFECTADO	Assinatura e Carimbo Farmácia: <i>Farmacêutico:</i> <i>—</i>
Doença Base: FERIMENTO INFECTADO	Dispensado pela Farmácia
<p>Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.</p>	

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicagão. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por menino, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE ANTIÓTICOS

Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Registro 1052454	Idade 9A 9M 29D	
Localização CONSULTÓRIO PEDIATRICO	Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não		
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	6/6 HS	7 Dias
Indicação Terapêutica: FERIMENTO INFECTADO	Dispensado pela Farmácia Farmacêutico: <i>Jamara Melina Pereira CRM-PB 8559</i>	Assinatura e Carimbo Médico:	
Indicação Profilática: FERIMENTO INFECTADO			
Doença Base: FERIMENTO INFECTADO			

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicina. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meninge, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

Non é permitida a prescrição de anfisulfonylureas por meninges, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

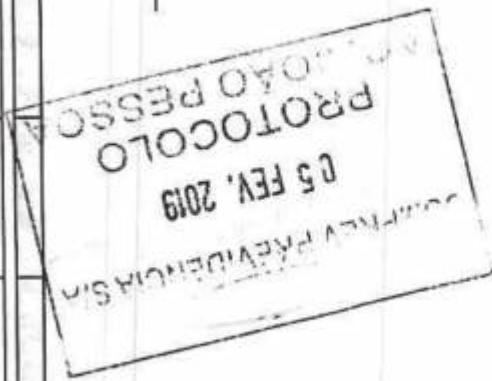
Data:	01/01/18 17:35
Usuário:	MARIA DE
Bolelum	1052454

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº	1052454	Nº Prontuário	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito							Validade da Prescrição	01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00		
Convenio	SUS							Matrícula	Benha		

Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% [FRASCO 500ML]	1000.0	ML		E.V.			24H
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação:5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.			6/6H
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL			6/6H
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação:TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

Maria Fábio
01 de Janeiro de 2018
Assinatura e Carimbo do Profissional



MARIA DE FATIMA GALVÃO BATRÍCIO
CRM: 2428



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 03/03/08.

NOME DA MÃE LUCIANA RIBEIRO DA SILVAN

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1052454

DATA DO ATENDIMENTO 01/01/18

HORA DO ATENDIMENTO 17:20

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE BICICLETA/MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA E., POLITRAUMATISMO LEVE

CID 10 S42.0 , T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW - 15. REFERENDADOR NO OMBRO E. , COTOVELO E., BACIA, JOELHO E. , FERIMENTO NO COTOVELO E. . AVALIADOPELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGUA , ORTOPEDIA ,

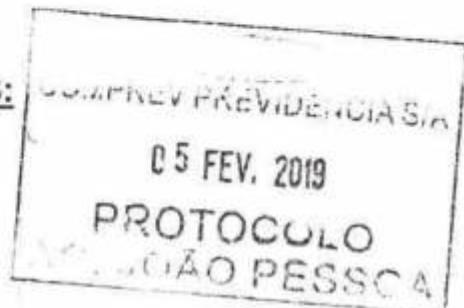
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: BACIA, OMBRO E., JOELHO E. ,COTOVELO E.

USG DE ABDOME(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX- FRATURA DE CLAVÍCULO E. , DEMAIS EXAMES NORMAIS ,



TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA , SUTURA. REAVALIADO PELA EQUIPE MEDICA, MEDICADO E LIBERADO

ALTA HOSPITALAR: 01/01/18

DATA DA EMISSÃO: 26/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente

ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento		Nº Cns 898002744853714	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBQR

Endereço

CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO
Número 86	Complemento		Bairro TRINCHEIRAS

Admissão

Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []	DATA E PREVIDÊNCIA
Dados clínicos							05 FEV. 2019
							PROTOCOLO
							JOAO PESSOA
Diagnóstico							CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA							Tempo 32seg

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA	BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Prontuário
Enderço CAMPO SANTO, 86	Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO	Nº Cons. Regional 2428/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 17:35:04	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

MENOR VITIMA DE ACIDENTE DE BICICLETA COM MOTO HÁ 30 MIN ATRÁS ~~COM MOTO~~ APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE NO COTOVELO E , COM EDEMA NO OMBRO E E PATELA E COM ESCORIAÇÕES COM FACIES DE SOFRIMENTO .NEGA DESMAIO ,CONVULSÃO E VOMITOS .GLASGOW 15

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)
(OBSERVAÇÕES: 5CC EV FE 6/6 HORAS)

PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS (FRASCO 15ML), ADMINISTRAR 25,0 GOTAS(VIA ORAL, 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

CUIDADOS

HGT 12/12HS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE?)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SUTURA DE FERIMENTO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP +LATERAL + AXIAL)

ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

AVALE PREVIA DIA 31
15 FEV. 2019
PROTÓCOLO
DIA 10 PESCA

Almeida Palmeira

Almeida Palmeira

Almeida Palmeira



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA	BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			
Endereço CAMPO SANTO, 86	Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 18:43:20	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-BICICLETA APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO ESQUERDO E ERIMENTO SUPERFICIAL COTOVELO ESQUERDO. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR.

CD: TIPOIA MJ, PROFENID E CURATIVO ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA MJ FRATURA DE CLAVÍCULA OMBRO ESQUERDO)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

MICKAEL OLIVEIRA SILVA

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 16:47 Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Mikhail de Oliveira Silva				Idade 09	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro Jardim	Médico Regulador Rodolfo	
Logradouro Joaquim de Paiva						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
CRM-PB 8559 Assinatura						
HETSHL Destino (Unidade Hospitalar)						
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

Moto x moto

► CAUSAS EXTERNAS

► Acidente de Trânsito

- Colisão carro x moto
- Queda de moto
- Atropelamento por: _____
- Colisão carro x carro
- Capotamento
- Outro: _____

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada: _____

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro: _____

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Doença Mental |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Doença Renal |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |

Quais? _____

Negativo

1. DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: 96 FR: 22 HGT: --- SpO2 - S/O2: 96% SpO2 - C/O2: ---

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Breve relato de queixas e evolução

05 FEV. 2019

PROTOCOLO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Dor abdominal

Intervenções: SSUU, AVP com SPL, mobilização

Evolução do Enfermeiro:

Pronto para alta, orientado, Eupnico, nenhuma lesão óssea, nega dor no tórax; apresenta 2 lesões na mão (1) circunferenciais e 2 distais (2); sonolento, com leves queixas de mal-estar.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

H. Juliana, mobilização + Benfotiamida 100 mg 1/1



Data: 01/01/18 17:53
Usuário: SAMARA ADJUTO
Boletim 1052454



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo MASCULINO	Nº Pronunciado 052454	Data Prescrição 01/01/2018 17:35:04
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito				Vigilância da Prescrição 01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00
Convenio SUS	Matrícula				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V			24H
3 CEFALOTINA 1G	1,0	G	Observações: SCC EV FE 6/6 HORAS	E.V.			6/6H
4 PARACETAMOL	25,0	GTS		ORAL			6/6H
5 HGT 12/12HS	0,0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0,0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0,0						

*Samara Oliveira
Pedagia
CRM-PB 8559*

MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO
CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS			
	Registro	Idade	
Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA	1052454	9A 9M 29D	
Localização CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO	Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não		
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	7 Dias	

Indicação Terapêutica: FERIMENTO INFECTADO	Assinatura e Carimbo Medico: <i>Samara Menezes</i> <i>Pediatra</i> <i>CRM-PB 8559</i>	Dispensado pela Farmácia: Farmacêutico:
Indicação Profilática: FERIMENTO INFECTADO		
Doença Base: FERIMENTO INFECTADO		

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

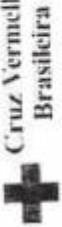
SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

	Nome	Registro	Idade
	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	1052454	9A 9M 29D
Localização CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO	Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não		
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	7 Dias	

Indicação Terapêutica: FERIMENTO INFECTADO	Assinatura e Carimbo Medico: <i>Samara Menezes</i> <i>Pediatra</i> <i>CRM-PB 8559</i>	Dispensado pela Farmácia: Farmacêutico:
Indicação Profilática: FERIMENTO INFECTADO		
Doença Base: FERIMENTO INFECTADO		

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

CCLO 5555
5 FEV. 2019
RECUPERAÇÃO PREVIA DE CULTURA



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data:	01/01/18 17:35
Usuário:	MARIA DE
Bolelum	1052454

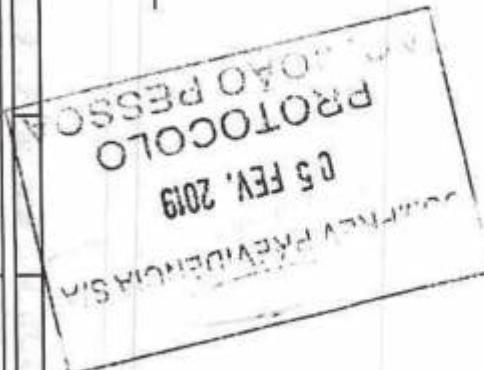
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº	1052454	Nº Prontuário	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição	01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00								
Convenio	SUS	Matrícula	Benha								

Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% [FRASCO 500ML]	1000.0	ML		E.V.			24H
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação:5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.			6/6H
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL			6/6H
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação:TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

MARIA DE FATIMA GALVÃO BATRÍCIO
CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SERVICO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
7º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS DA COMARCA DE JOAO PESSOA
Q. 15 Lt. 03 S/N-Conj. RENASCER I
VARADOURO - JOAO PESSOA - PARAIBA
CEP 58011-290- Fone(83)3221-6832 -CGC 12.720.322/0001-94
Irene Gomes de Souza (Titular)
Francisca Gomes de Souza (Substituta)
Cleri de Lourdes Gomes Feliciano (Escrivã autorizada)

CERTIDAO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 16, sob o nº 8299, do livro nº A-29
de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA,

do sexo masculino, ocorrido NO INSTITUTO CANDIDA VARGAS, NESTA CAPITAL. FEITO DE ACORDO COM A DNV DE N°. 40616266, no dia três de março de dois mil e oito, às 09:28 horas.

O registrando é filho

de ELIVALDO SANTOS DE OLIVEIRA
e de natural de JOÃO PESSOA - PB
LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
natural de NOVA CRUZ - RN

sendo avôs

paternos EUDES FAUSTO DE OLIVEIRA
e ELIZA DOS SANTOS
e maternos JOSE RIBEIRO DA SILVA
e LUIZA ANTONIA DA CONCEICAO

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 4 de março de 2008.

SERVIÇO PESQUISA S.A.
05 FEV. 2019
PROTÓCOLO
SOLUÇÃO PESSOA

O referido é verdade e dou fé.

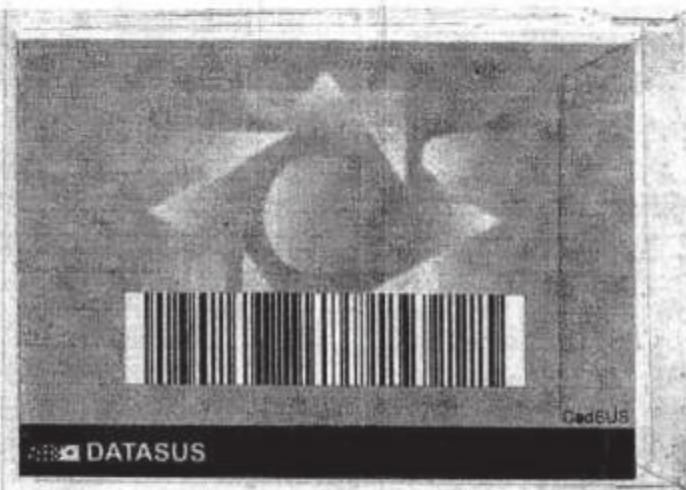
JOÃO PESSOA, 4 de março de 2008

7º Serviço Registral
Gomes de Souza
Início Pessoa / PB

IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL

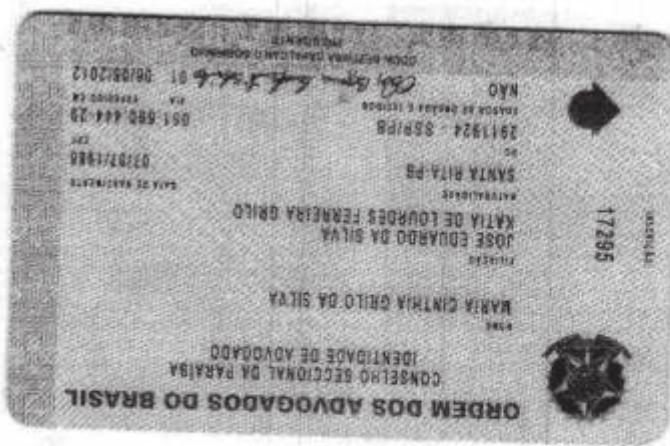
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

333979



ASSISTENCIA PESQUISA S.A.
05 FEV. 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

00070002
C5 FEV. 2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SERVICO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
7º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS DA COMARCA DE JOAO PESSOA
Q. 15 Lt. 03 S/N-Conj. RENASCER I
VARADOURO - JOAO PESSOA - PARAIBA
CEP 58011-290- Fone(83)3221-6832 -CGC 12.720.322/0001-94
Irene Gomes de Souza (Titular)
Francisca Gomes de Souza (Substituta)
Cleri de Lourdes Gomes Feliciano (Escrivã autorizada)

CERTIDAO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 16, sob o nº 8299, do livro nº A-29
de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA,

do sexo masculino, ocorrido NO INSTITUTO CANDIDA VARGAS, NESTA CAPITAL. FEITO DE ACORDO COM A DNV DE N°. 40616266, no dia três de março de dois mil e oito, às 09:28 horas.

O registrando é filho

de ELIVALDO SANTOS DE OLIVEIRA
e de natural de JOÃO PESSOA - PB
LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
natural de NOVA CRUZ - RN

sendo avós

paternos EUDES FAUSTO DE OLIVEIRA
e ELIZA DOS SANTOS
e maternos JOSE RIBEIRO DA SILVA
e LUIZA ANTONIA DA CONCEICAO

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 4 de março de 2008.

SERVIÇO PESQUISA S.A.
05 FEV. 2019
PROTÓCOLO
SOLUÇÃO PESSOA

O referido é verdade e dou fé.

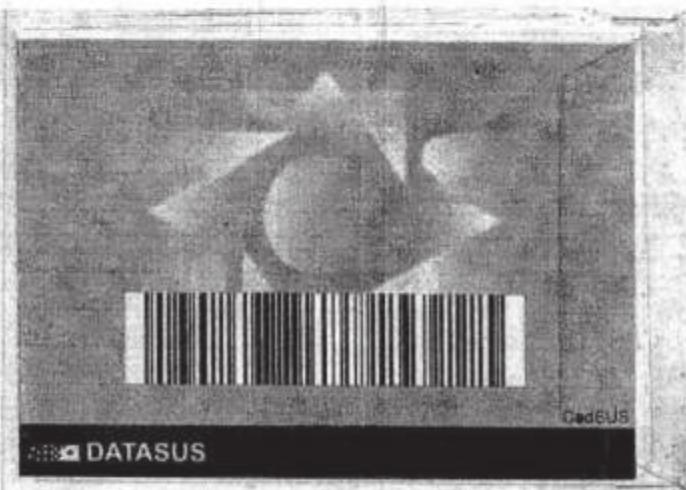
JOÃO PESSOA, 4 de março de 2008

7º Serviço Registral
Gomes de Souza
João Pessoa / PB

IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

333979



ASSISTENCIA PESQUISA S.A.

05 FEV. 2019

PROTÓCOLO

JOAO PESSOA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luciana Ribeiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 4408022 inscrito no CPF sob o nº 03766809466, profissão CAMAREIRA, estado civil SOLTEIRA, residente e domiciliado na R. CANTO SANTO, 34 - LAMADOENSE, Cidade João Pessoa, Estado PB, Telefone (83) 98838-5536.

OUTORGADO(S): RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228; **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**, inscrita na OAB/PB nº 17.295;

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luciana Ribeiro da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 02 de OUTUBRO de 2018.



lucianaribeiroda Silva
OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041907/19

Número do Sinistro: 3190097608

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

Data do acidente: 01/01/2018

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

CPF de: Representante

Titular do CPF:

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041907/19

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

CPF de: Representante

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA : 037.668.094-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 05/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059881/19

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

CPF de: Representante

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA : 037.668.094-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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: 18/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA