

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 25 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190526109**

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

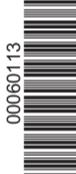
Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou 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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	121.881.274-55	MIKAIL CLEMENTINO DE MORAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikael Clementino de Moraes	6 - CPF: 121.881.274-55		
7 - Profissão: AUTOMOTIVO	8 - Endereço: SITIO XICLO - XICLO	9 - Número: 511	10 - Complemento: 14 - CEP: 58865-000
11 - Bairro: ÁREA RURAL	12 - Cidade: SAS BENTO	13 - Estado: PB	15 - Tel.(DDD): 63.39611-8542
15 - E-mail: JKOLLYSON@HOTMAIL.COM			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

- 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: 4917 CONTA: 00013804-6
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou assinatura da pessoa que assina o documento	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data,

mikael.clementino.de.moraes

11 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

as CAIXA

as Loterias CAIXA

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 720 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6

09/SET/2019 HORA DF 11:08:14
TOI: 13_012404-4 TERM: 013858
LOCALIDADE: SAO BENTO
AG. VINCULADA: 4917 CONTROLE: 878226914

LUMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
4917 013 00013888-6
MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
246-634676852-6

1a VIA



as Loterias CAIXA

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0804/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **18/08/2019 hora: 18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, alcunha " ",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 24
anos, nascido em 29/07/1995, cor/raça: Branca, Estado Civil:
Solteiro, Profissão: autônomo, Escolaridade:
fundamental incompleto, documento: CPF 121.881.274-55, filiação:
Josenilson dos Santos Clementino de Moraes e de Maria Lima
Clementino, endereço: Sítio Xique-xique, zona rural, São Bento-PB,
referência: Dede de Sinhô. Tel/Cel:(83) 99677-8542;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 18/08/2019 por volta das 18hrs a vítima conduzia a moto Honda NXR 160 Bros, 2015/2015, preta, chassi 9C2KD0810FR415279, placa NQK-0742 licenciada em nome de Rosihelio Vieira Ramalho, e quando trafegava no sentido Centro/São Bentinho na Av. Pedro Eulâmpio, ao passar por uma lombada depois da ponte, ao frear a motocicleta perdeu o controle da mesma após acionar o freio dianteiro, vindo a cair, sendo socorrido por seu amigo Wagner Henrique Dias Alves; Que em virtude do acidente sofreu uma fratura na clavícula/ombro, tendo recebido os primeiros atendimentos no hospital local e em seguida transferido para a cidade de Pombal no hospital Se. Ruy Carneiro; Que comunica o fato para ação do seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 29 de Agosto de 2019. Às 10:40 horas.

Mikael Clementino de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

Pedro

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

NOTA DE REGISTRO

MILTON LÚCIO DA SILVA

SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL
Tubar: MILTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lucio da Silva, N° 221, Centro CEP: 58.005-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2523 / 3444-6312

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MIKAEL
CLEMENTINO DE MORAIS. Em test. Na verdade. Dou
S. Bento-PB, 29/08/2019.

AURÉLIO NICOLEAU DA SILVA
Selos Digitais da fiscalização tipo Normal B-AASS5448/8910
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 0,91 FARPEM R\$ 0,29 FEPJ R\$ 1,98

MILTON LÚCIO DA SILVA SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Tubar: MILTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lucio da Silva, N° 221, Centro CEP: 58.005-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2523 / 3444-6312

Aurélio Nicoleau da Silva
Escrevente

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	121.881.274-55	MIKAIL CLEMENTINO DE MORAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikael Clementino de Moraes	6 - CPF: 121.881.274-55		
7 - Profissão: AUTOMOTIVO	8 - Endereço: SITIO XICLO - XICLO	9 - Número: 511	10 - Complemento: 14 - CEP: 58865-000
11 - Bairro: ÁREA RURAL	12 - Cidade: SAS BENTO	13 - Estado: PB	15 - Tel.(DDD): 63.39611-8542
15 - E-mail: JKOLLYSON@HOTMAIL.COM			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

- 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: 4917 CONTA: 00013804-6
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou dono da casa que assina este documento	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ mikael.clementino.de.moraes 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

as CAIXA

as Loterias CAIXA

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 720 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6

09/SET/2019 HORA DF 11:08:14
TOI: 13_012404-4 TERM: 013858
LOCALIDADE: SAO BENTO
AG. VINCULADA: 4917 CONTROLE: 878226914

LUMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
4917 013 00013888-6
MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
246-634676852-6

1a VIA



as Loterias CAIXA

BIRIKA RODRIGUES LIMA
SITADE VELHA S/N - CS - ÁREA RURAL
SAO BENTO / PB CEP: 58084000 (AD: 237)

Lugar: MONOFÁSICO
Cpf/Csc: REG MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ritmo: 1 - 237 - 201 - 2890 Referencia Set/2019
Medidor 00008225949 Emissao: 04/09/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9230 Km25 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.137/0001-40 Insc Est 16.015.522-0

Nota Fiscal / Cartão de Energia Bárbara N° 0004707524
Cód. para Díta Automática: 00013872388

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Set / 2019	04/09/2019	04/10/2019	703.818.264-14 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1387258-5

Canal de contato

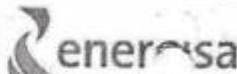
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saude mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
03/08/19	14551	04/09/19	14604	23
Demonstrativo				
CCF - Descricao Quantidade Tarifa Valor Fazenda Arq. Istruçõe Base Custo Pto. R\$ Custo R\$ Total Fato R\$ ICMS R\$ ICMS Pto. Custo R\$ ICMS R\$ (0,2012%) (0,0057%)				
0801 Consumo armado Wh	53.000 0,814160	43,15	43,15 25 10,78 43,15 0,42 1,97	
0801 Ade. B. Vermelha		3,05	3,05 25 0,78 3,05 0,03 0,13	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUICAO PÚBLICA	12,50	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 09/2019	0,91	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	
0806 MULTAS/CD/2019	7,68	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	
CCF - Custo de Custo de exploração tem. TOTAL Tabela de Tributos: 0,585370				
53,10	43,22	11,25	45,20	0,46 2,10
Média últimos meses (kWh)				
152	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR		
	11/09/2019	R\$ 63,19		
Histórico de Consumo (kWh)				
152 229 249 246 248 217 210 151 89 70 3 102				

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FRANCISCO SALVINO DOS SANTOS
RUA P. SANTO VALFERREIRA, 1611/OP REDE - CENTRO
SAC 0800-08301960000 (AG-297)



Licença TRIPÁSSICO
Código INMETC 03 / INDUSTRIAL - INDUSTRIAL
Rodovia 3- 237-40-600
Número 0003912633

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 100, Km 25 - Distrito Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58001-1600
CNPJ: 04.145.000/0001-40 - Inscrição Estadual: 0001652200
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 021.002.000
Cód. para Débito Automático: 00000136261

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar / 2019	07/03/2019	05/04/2019	045.055.494-53

UC (Unidade Consumidora): 5/13525-1

Canal de contato

Com a natureza por trás do seu consumo é importante preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo aquele que é momento e sempre um consumidor de residência na sua. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/02/19 820	07/03/19 803		52	30

Demonstrativo

CG	Descrição	Quantidade	Tarifa	Válor Base Geração	Avg. Tarifa R\$	Base Geração	Pagto R\$	Desconto R\$
					Tributos Totais R\$ ICMS/IRMS -			
0031	Custo de Disponibilidade	82,86	R\$ 0,00	25	20,71	R\$ 2,58	2,88	4,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0037	CONTRIBUICAO PÚBLICA	17,30	R\$ 0,00	0	0,00	R\$ 0,00	0,00	0,00
0034	JUROS DE MORA 02/2013	0,16	R\$ 0,00	0	0,00	R\$ 0,00	0,00	0,00
0035	MULTA 02/2019	1,06	R\$ 0,00	0	0,00	R\$ 0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 101,97 R\$ 52,66 20,71 02,98 0,38 4,00
Tributos e Impostos 0,571720

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

14/03/2019 R\$ 101,97
Histórico de Consumo (kWh)

70 | 144 | 54 | 09 | 90 | 93 | 03 | 62 | 71 | 02 | 64 | 63
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19

RESERVADO AO FISCO

d034.7372.188c.83b2.4e48.3954.a858.aa80.

Indicadores de Qualidade

Composição do Consumo

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)			
DI DIANAL	5,67	0,00	NOMINAL	330	
DI CTMESTRAL	11,34				
DI CANAL	22,68				
FI CANAL	2,98	0,00	CONTRATAÇÃO		
FI CTMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR	330	
FI CANAL	12,45		LIMITE SUPERIOR	330	
CMC	3,28	0,00			
LEIA-TE	12,27				
ATENÇÃO					
- Perdas de Renda: 1 kWh - Unidade confirmada					
Faturas em atraso					

COMPRE SEU DOCUMENTO SIA
11 SET. 2018
PROTOCOLO PE 00135252019-9 03300237019-8
JOÃO PESSOA PB



PARAÍBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

14/03/2019 R\$ 101,97
Matrícula: 13525-2019-05-8
836400000001-1 01970054000-8 00135252019-9 03300237019-8





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FLAUNSER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 097.234.454-33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
MIRABEL CLEMENTINO DE MORAIS inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.881.274-55,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima MIRABEL CLEMENTINO DE MORAIS,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.881.274-55, 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:	RUA: PADRE SANDOVAL FERREIRA	Número:	161	Complemento:	ESCAITO, 0
Bairro:	CENTRO	Cidade:	SÃO BENTO	Estado:	PB
E-mail:	FLAUNSER.JOSEADU@GMAIL.COM			CEP:	58863-000
				Tel.(DDD):	63.321002222

Local e Data: SÃO BENTO, 09 DE SETEMBRO 2019.

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

Eu, Rosílio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição / /

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

, nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo: _____ Modelo: _____ Ano: _____

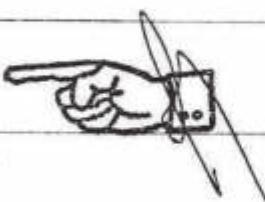
Placa: _____ Chassi: _____

Data do Acidente: / /

Local e Data: _____

Rosílio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Auricélio Clementino de Souza
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MILTON LUCIO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Milton Milton Lucio da Silva Santos
Rua Loura da Serra, N° 324, Centro CEP: 58185-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3144-2533 / 3448-1313

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROSÍLIO VIEIRA
RAMALHO. Em test. _____ da verdade. Dou fe. São
Sexta-Feira, 29/06/2019.

AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selos Digitais de Fiscalização tipo Normal E-A 085450-UMQ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLLUM: R\$ 0,91 FARFEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 1,58



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosilélio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN data de expedição 1/1/

Órgão SSP/RN portador do CPF nº 017.413.264-60

com domicílio na cidade de São Bento, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Antônio Lucio da Silva, Bairro Herculano, nº 277,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Mikael Clementino de Moraes, cujo o condutor era

Mikael Clementino de Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR160 Bros GSDD Ano: 2015

Placa: NQK07212 Chassi: WC2KD0810FR415279

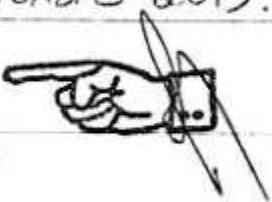
Data do Acidente: 18/10/2015

Local e Data:

São Bento - PB, 16/09/2015.

Rosilélio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Mikael Clementino de Moraes
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MILTON LUCIO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notar: MARTIN LUCIO DA SILVA SANTOS
Rua Luciano Silva nº 204, Centro CEP 58400-000
Belo Horizonte - MG - Fone: (31) 3444-2100 Fax: (31) 3444-2114

Reconheço POR AUTENTICOADA a firma da Rosilélio Vieira Ramalho. Em test. 25/08/2015, de verdade. Pox E. São Paulo

AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selo Digital de Resolução Tipo Normal BA-0485450-UMQ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 9,91 FARFEN: R\$ 0,28 FERJ: R\$ 1,99



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente





Governo da Paraíba - Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mikaell Clemintino de Melo

IDADE: 24 SEXO: m

Procedimento cirúrgico proposto: Ortopédico - Fratura clavícula

Medicação em uso: —x—

Alergias medicamentosas: Nega

Antecedentes / Comorbidades: —x—

EXAME FÍSICO:

Exame geral: Bom

PA: 110x60 mmHg FC: 89 bpm HGT → 14.30 ⇒ 90 mmHg

Aparelho cardiovascular: PEFBNF, +TS/5

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: Normal

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário (X) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO
LEE
ACP Baixo Risco

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979



DATA 26/9/2019

		Hospital	Hospital Regional de Pombal	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clementino Marais		Idade	39
Data		Pressão Arterial Pulso	130x80		Sexo	M
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Respiração
		Urina				Eufnéxia
Ap. Respiratório		NON			Ureia	Outras
Ap. Circulatório		NON				Eletrocardiograma
Ap. Digestivo		Tg OK				Ap. Urinário
Estado Mental		WPE				Alergia
Diagnósticos Pré-Operatório		Fratura di clavícula (D)				Hipotensores
Anestesias Anteriores						Estado Físico
Medicação Pré-Anestésica		—	Aplicado às:	Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02	—		Efeito		
		—				
Líquido	02	—	COMPREV COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A 11 SET. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	INDUÇÃO		
		—	Satis.: _____ Exit: _____ Tosse: _____ Laringo espam.: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____			
PULSO RESPIRAÇÃO OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	D	MANUTENÇÃO		
		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	D			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Bloqueio regionalular ca. Bupivacaina crico 0,5% 10 ml + lidocaina 2% 5ml Seclorax ca Midazolam 2mg + fentanil 30 mcg - atropina 10 mcg - nafepatol 50 mcg					
POSIÇÃO	D014					
Agentes	(Cognitivo 2g Oximotorosa 10mg - Nusodraba 1mg - Rizina 2g)					
Técnica	Bloqueio + Seclorax					
Operação	Tto enxoval di frata di clavícula (D)					
Cirurgiões	Ivanir					
Anestesistas	Márcia					
Observações	Márcia obesas com e concorda wr o procedimento					
Anotar, no c, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias						

FOLHA DE ANESTESIA

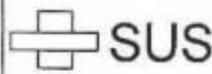


Ministério
da Saúde

**LAUD PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568			
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente: <i>Márcia Cleonice de Freitas</i>		Apelido:			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):		Data de Nascimento:			
		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Raça/Cor:		
Nome da Mãe:		Nome do Responsável:			
Município de Nascimento:		UF:	Nacionalidade:		
			Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código iBGE de Município:		
Ponto de Referência:		Documento:	Nº		
		<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. de Classe:	CPF:		
		Ass. e Carimbo Diretor Clínico:			
JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>1º turno am cimb(?)</i>					
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>					
Principais Resultados de Provas Diagnosticadas (Resultados de Exames Realizados): <i>Rx X</i>					
Diagnóstico Inicial:		CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:		
<i>Fratura (Novata) S92.0</i>			CID 10 Causas Associadas:		
Descrição do Procedimento Solicitado:		Código do Procedimento Solicitado:			
<i>Ortopedia de clavícula</i>					
Código do Caráter da Internação:		Leitor Complemento:			
<input type="checkbox"/> UE <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo		<i>Ortopédica.</i>			
Equipamentos Requeridos Para Internação:					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome do Profissional Solicitante: <i>José Assisimo Neto</i>					
Documento:	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: <i>036489304-81</i>		Nº de Conselho de Classe: <i>7801</i>		
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>					
Data da Solicitação:	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe: <i>Dr. José Assisimo Neto Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 01-TEOT 15253</i>		Data Desejada Para Internação: <i>76/08/11</i>		
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS TACIAS					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>	
CNPJ da Seguradora:		Número do Bilhete:		Série:	
CNPJ da Empresa:		CNAE da Empresa:		CBOR:	
Vínculo com Precidência:					
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado					
Nome do Profissional Autorizador:			AUTORIZADO		
Documento:	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador:		COMPREM SEU JURAMENTO DE AUTORIZAÇÃO		
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>			11 SET. 2019		
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor:		Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização		
Ass. Pela Autorizador/Carambo:					

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

4 - PRONTUÁRIO
38834

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707-4010-2379-2875

6 - DATA DE NASCIMENTO
29/07/1995

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
BRANCA

9 - NOME NA MÃE

MARIA LIMA CLEMENTINO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

12 - ENDEREÇO

CROMACIO WANDERLEY

N.:

13 - BAIRRO

VIDA NOVA I

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ia num ma om contm (v).
PF. Sfymqas om vini onho, de clavicala
(v) + limfado de VAM.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Frangue.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

1. Ex. X.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Clavicala (v)

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

S42.0

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedista de Clavicala (v)

26 - COD. PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

Ortopedia

Clav. -

() CNS () CPF

036184304-51

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 200110015253

32 - DATA SOLIC.

16/08/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

11 SET. 2019

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Name: Mr. Frost Classroom

Idade: 24 Cor: Enfermeira: CC 11/02/2011 Leito: 02 Setor Fisioterapeuta:

ASSINATURA / CRM:

ASSINATIBA / COPENI

António Façanha Oliveira

DOREN P/B 1000350



CHECK LIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Maria Clementina Mendes
 Cirurgia Proposta: Cirurgia de Cesárea Unidade de origem Unidade de cirurgia
 Modalidade (Eletiva) (Urgência) (Emergência)

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico		Antes da indução anestésica	Antes de iniciar a cirurgia	Antes do cliente sair da SO
		<i>Check in</i>	<i>Time out</i>	<i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Não aplica Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Não aplica Banho <input checked="" type="checkbox"/>Sim/<input type="checkbox"/>Horário _____ <input type="checkbox"/>Não Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Não aplica Horário _____ Local _____ Jejum <input checked="" type="checkbox"/>Sim/<input type="checkbox"/>Início _____ <input type="checkbox"/>Não Exames <input checked="" type="checkbox"/>Imagem <input type="checkbox"/>Biópsia Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/>Retirada prótese é adomos? <input type="checkbox"/>Não Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/>Padrão <input type="checkbox"/>Contato <input type="checkbox"/>Reverso Goticulas <input type="checkbox"/>Aerossóis Enfº Tec./enf _____ 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmação sobre o cliente Identificação do cliente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento anestésico e cirúrgico Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Não Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Não Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes Endoscópio <input checked="" type="checkbox"/>Máscara de O2 Ambul. <input checked="" type="checkbox"/>Fio guia <input checked="" type="checkbox"/>Aspirador Aspirador <input checked="" type="checkbox"/>Guedel Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Não Há risco de perda sanguínea >500mL (7ml/Kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Não Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Não O cliente tem alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff <input type="checkbox"/>Sim <input checked="" type="checkbox"/>Não 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não 2º cirurgião <input type="checkbox"/>Sim <input checked="" type="checkbox"/>Não Anestesista <input type="checkbox"/>Sim <input checked="" type="checkbox"/>Não Circulante <input type="checkbox"/>Sim <input checked="" type="checkbox"/>Não Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/>Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado Placa de eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/>Posicionada <input type="checkbox"/>Não aplica Uso de antibiótico profilático <input type="checkbox"/>Sim <input checked="" type="checkbox"/>Não Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Não Revisão do anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Não Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/>Cirurgia de Cesárea A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não aplica Pecas anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não aplica Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não aplica Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e operatória desse cliente: Cirurgião _____ Enfermagem _____ 	
				<p>Obs.: _____</p> <p>Ass.: <u>Amanda Rodrigues de Almeida</u></p> <p>Enfermeira <u>Amanda Rodrigues de Almeida</u></p> <p>COREN-PB 264576</p>

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Mikael clementina Moraes
 Filiação: Maria Rainha Clementina
 Sexo: Male - Idade: 04a. Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dr. Casimiro Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico com Bloqueio + Sedação

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2-	01
Aguilha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseídron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Aguilha 40x12	05
-Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner N° 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida

Enfermeira

COREN-PB 264578

Nome:

Yukas Clementino

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
20/08	<p><i>CD. subiu mto a Osteomíteia do clavícola (D) cd. b.p.y.</i></p> <p><i>Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 3.001 TECOT 15253</i></p>	

<i>27/08 Alta a AFB</i>

*COMPREV
COMPREV SEGUROS - SERVIÇOS*

11 SET 2019

*PROTO
AG. JOÃO PESSOA*



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

M. K. Adel Clemençino

Sd.

Homofenoma
Caspulofenoma

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
PMB 7801 TEOT 15253

19/08/19

DATA

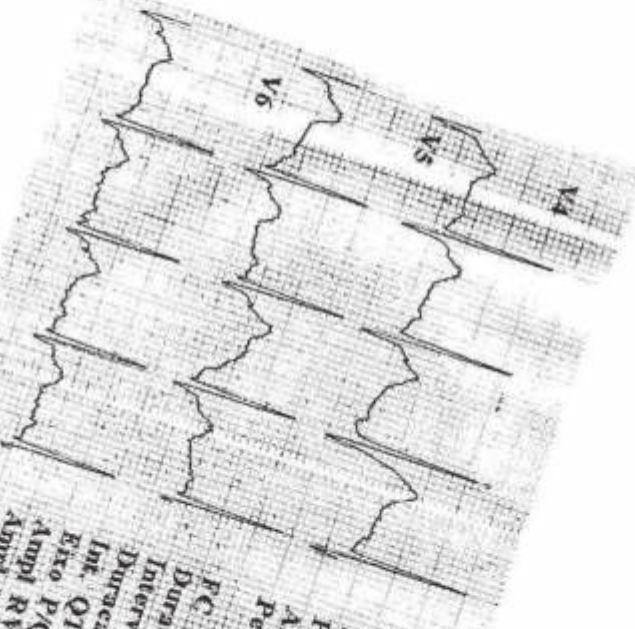
Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.
"Tudo posso naquele que me fortalece"

COMPREV
COMPREV SEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

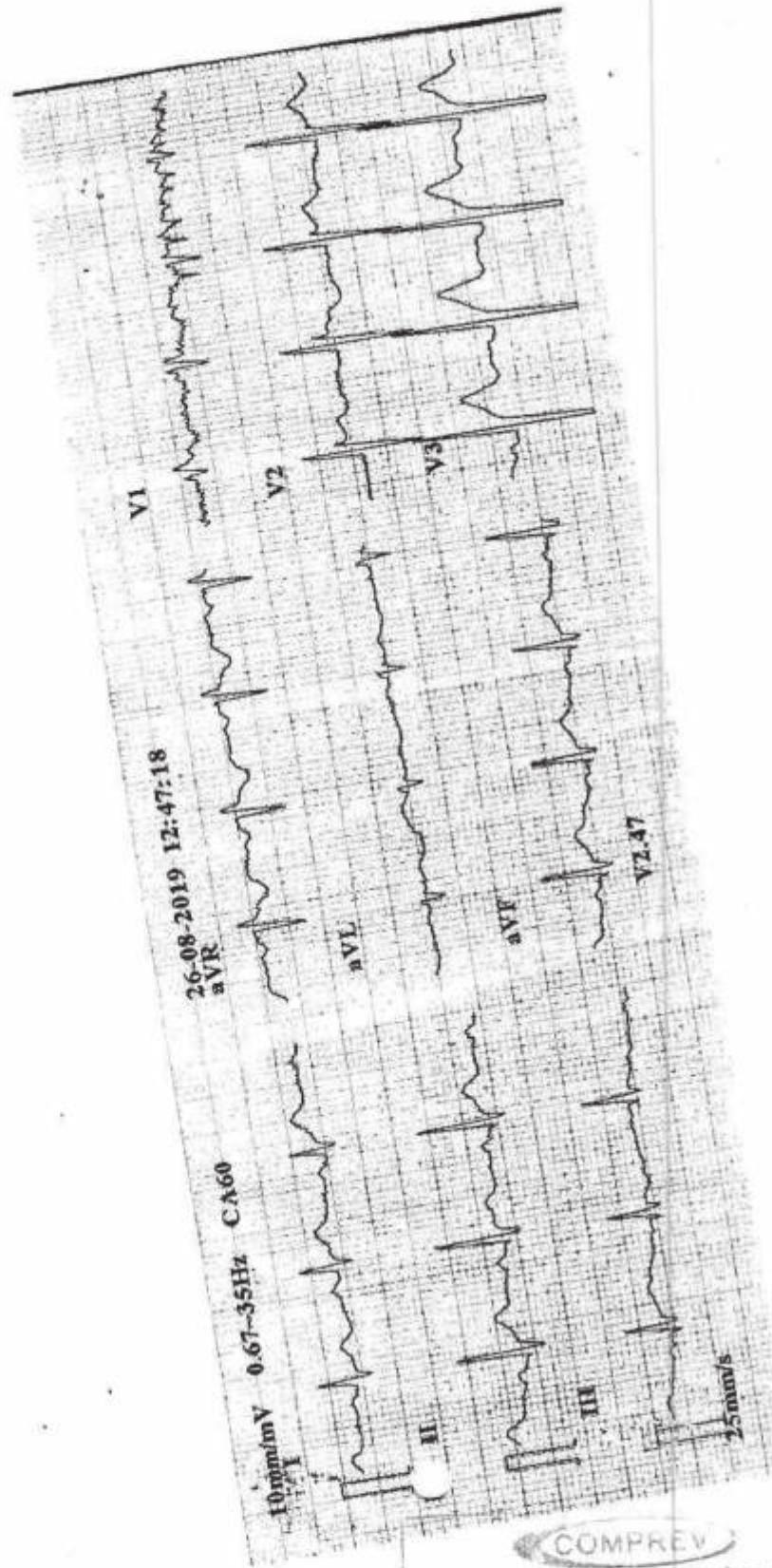
ID : 190826-1247
 Nome :
 Idade :
 Sexo :
 PA :
 Altura :
 Peso :
 FC :
 Duracao :
 Intervalo P :
 Duracao PR :
 Int. QRS :
 Eixo QRS :
 Eixo P/QTC :
 Ampl. P/QRS/T :
 Ampl. R/SV1 :
 Ampl. R/SV1 :
 R/SV2 :
 1.3670.967 mV
 mV

26.08.19 Código de Minnesota:
 Michael Clementino Macau
 Informação 800: Rítmo diagnóstico:
 ***ECG normal



Lendo Confirmedo por:





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 set. 2019

PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA



Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Michael Almeida

Z
Via Cel

O Tandaray — 016

Tomm 01 de 818h

Jan 5 dia

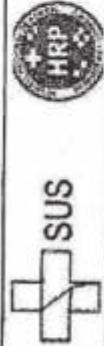
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TÉOT 15253

19/08/19
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB
"Tudo posso naquele que me fortalece"

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SUS ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDERECO: RUA CEL. JOÃO LEITE
CIDADE: POMBAL

Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
Mae: MARIA LIMA CLEMENTINO Cor: BRANCA Sexo: M
Nascimento: 29/07/1995 Idade: 24
Profissao: AGRICULTOR(A)
Endereco: CROMACIO WANDERLEY
Bairro: VIDA NOVA I
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2612101
CNS: 707-4010-2379-2875 Reg. Nasc.:
CPF: Data / Hora: 19/08/2019 15:55:02 Recepção: FÁTIMA N Prontuario: 38834
Atendimento: FRATURA

SPO: _____ FC: _____ HGT: _____ GESTANTE: SIM () NAO() SEMANAS _____
PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

1. Name e endereço (D)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

1. Exames de laboratório (D)

2. Exames de imagem (D)

3. Exames de função (D)

4. Exames de cirurgia (D)

5. Exames de diagnóstico (D)

6. Exames de terapêutica (D)

7. Exames de monitoramento (D)

8. Exames de pesquisa (D)

9. Exames de ensino (D)

10. Exames de pesquisa (D)

11. Exames de ensino (D)

12. Exames de pesquisa (D)

13. Exames de ensino (D)

14. Exames de pesquisa (D)

15. Exames de ensino (D)

16. Exames de pesquisa (D)

17. Exames de ensino (D)

18. Exames de pesquisa (D)

19. Exames de ensino (D)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

16/08/2019

Caracter: h, Unha

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETTIVO
- 02 - URGÊNCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

FC de clavícula D

DIAGNÓSTICO CID-10

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

OUTROS

ÓBITO

OUTRO HOSPITAL

OUTRO

PROFESSOR

ASSISTENTE

ASSISTENTE - carimbo

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cm / Cns

CBO

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPOSSAVEL

Polgar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

RESULTADOS



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707-4010-2379-2875

6 - DATA DE NASCIMENTO

29/07/1995

7 - SEXO

M

4 - PRONTUÁRIO

38834

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

MARIA LIMA CLEMENTINO

10 - TELEFONE

34312449

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

12 - ENDEREÇO

CROMACIO WANDERLEY

N.:

VIDA NOVA I

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Inflamação em ombro (v).
PF: Sintomas em vias aéreas da traqueia
(v) + limitação de ADL.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Frangue.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

1602 X.

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Clavícula (v)

542.0

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomíaxe de Clavícula (v)

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARATER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

Ass. CÁRIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 201101TEOT15253

() CNS () CPF

036184304-81

31 - TÍTULO DE CARGO / PÓS-DIPLOMÁTICO

Diretor Clínico - CRM 9251

CNS: 206633762240007

32 - DATA SOLIC.

16/08/19

33 - TÍTULO DE CARGO / PÓS-DIPLOMÁTICO

Diretor Clínico - CRM 9251

CNS: 206633762240007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - CNPJ SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

24



Ministério
da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568			
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		CNES: 2592568			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente: <i>Miguel Clementino de Araújo</i>	Apelido:	Nº Prontuário:			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F			
Raça/Cor:					
Nome da Mãe:	Nome do Responsável:				
Nome do Municipio de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº Baairro:	Município de Residência:		Código IBGE de Município:	UF:	CEP:
Ponto de Referência:	Documento:	Nº			
	CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:	Nº Cons. De Classe:	CPF:	Ass. e Carimbo Diretor Clínico:		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais de Sintomas Clínicos: <i>1º náusea em combate</i>					
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>					
Principais Resultados de Provas Diagnosticados (Resultados de Exames Realizados): <i>12avos X</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura clavícula 392.0</i>	CID 10 Principal: <i>Q92.0</i>	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:	Nº Notific. Compulsória:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			Código do Procedimento Solicitado:		
Descrição do Procedimento Solicitado: <i>Osteomíse de clavícula</i>					
Código do Caráter da Internação: <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Eletivo		Clinica:	Leitor Complementos:		
Equipamentos Requeridos Para Internação:					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome do Profissional Solicitante: <i>Joaquim Amorim Neto</i>					
Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: <i>036184304-81</i>		Nº de Conselho de Classe: <i>781</i>		
Data da Solicitação: <i>19/08/19</i>	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe: <i>Dr. JOSÉ CARLOS AMORIM NETO Ortopedia e Traumatologia Centro de Traumatologia CETOT 15253</i>			Data Desejada para Internação: <i>26/08/19</i>	
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, TRABALHOS, ETC.)					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>	
CNPJ da Seguradora:		Número do Bilhete:		Série:	
CNPJ da Empresa:		CNAE da Empresa:		CBOR:	
Vínculo com Precidência:					
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado					
AUTORIZADO					
Nome do Profissional Autorizador:					
Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado: <i>036184304-81</i>				
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor: <i>11 SET. 2019</i>				
Nº Reg. Cons. Classe:	Ass. Do Autorizador/Carimbo: <i>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>				
Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização					

HOSPITAL

Nome: Mikael Clementina Moraes
 Filiação: Maria Boina Clementina
 Sexo: Mac. Idade: 24a. Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dr. Cassimura Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico com <u>Bloqueio + Sedação</u>	
Consumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocafna	01
Dimorf 0,2-	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina) ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	11 SET. 2019
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner N° 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

COMPRA/RECOMpra/REPRENDENDO
 PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

		Hospital	Hospital Regional de Pombal	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
OLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clementino Maran		Idade	Sexo	
26/08/19		Pressão Arterial Pulso	130x80		Respiração	Temperatura	
Sanguíneo	Hematócitos		Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Ureia	
	Urina					Outros	
Respiratório NON					Aasma	Bronquito	
Circulatório NON					Eletrocardiograma		
Digestivo Tp OK					Ap. Urinário		
ado Mental WPE					Alergia	Hipotensores	
gnósticos Pré-Operatório Enrolme de Clavícula D					Estado Físico	Risco	
Anestesias Anteriores							
Indicação Pré-Anestésica				Aplicado às:	Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Efeito		
Liquido				INDUÇÃO			
				Satis.: _____ Exit: _____ Tosse: _____			
P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO V - ANESTESIA: OPERAÇÃO	260	Tensao	120	100	Laringo espamp.: _____ Lenta: _____		
	240		80		Náuseas: _____ Vômito: _____		
	220			Outros: _____			
	200			MANUTENÇÃO			
	180			COMPREV SET. 2014			
	160			ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____			
	140			Não, por quê? _____			
	120			DESPERTAR			
	100			Reflexo na SO: _____			
	80			Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Exit: _____			
	60			Náuseas: _____ Vômito: _____			
	40			Outros: _____			
	20			Como cânula			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	para leito Sim: _____ Não: _____						
	BONDÇOES: _____						
POSIÇÃO	0014	Bloqueio roncoclavicular com Bupivacaina c/ epinefrina 0,5% 10 ml + lidocaína 2% c/ epinefrina 15 ml Sedolax com Midazolam 2 mg + fentanil 50 mcg + atropina 10 µg + Metocarbamol 500 mg					
Juntas	Técnica						
	Bloqueio + Sedolax						
Operação	Tto cirúrgico de fratura de clavícula D						
Surgeões	Gommino						
Anestesistas	Má Mota Marques Borges CRM 9462 PG						
Observações	Nexo ósseo deslocado. Corte e concussão ao o pectoral menor.						
notar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias							



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

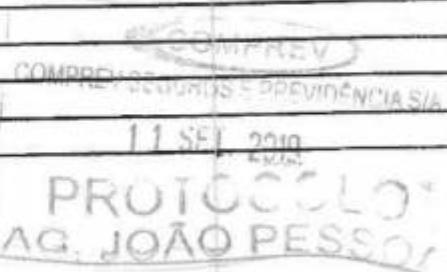


ME DO PACIENTE	Mikhail V. V. Montano	HOSPITAL	Nº PRONTUÁRIO
TA DA OPERAÇÃO	20/08/14	ENF.	LEITO
ERADOR	Jr. José Caminero	1º AUXILIAR	
AUXILIAR	3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
ESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de Clavícula (2)		
TO DE OPERAÇÃO	Deslocamento da Clavícula (D)		
AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	() melfoxo		
LATORIO IMEDIATO DO PATHOLOGISTA			
CÂMERA RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

- (1) Segundo long DCTH sob ombro.
- (2) Amputação e Ambiente.
- (3) Ossificação de Pseudarthrose.
- (4) Incisão com base contínua da clavícula (D).
- (5) Abertura das flamas.
- (6) Redutora fixada + ligação da fáscia a fio de R n.º 2.
- (7) Sutura por plástico.
- (8) Encerrado.

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/08/2019 09:29:01

Ocorrência: CIRURGIA

2030

Servidor do Dr.: _____

Paciente MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Idade: 24 Sexo M

Filiação

Pai: JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS
Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

N.:

Endereço: CROMACIO WANDERLEY

Bairro: VIDA NOVA I

Naturalidade: PAULISTA - PB

Fone:

Documentos

CNS: 707-4010-2379-2875

Identidade: 4.101.710

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 29/07/1995

Cor: BRANCA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Profissão: AGRICULTOR(A)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

1 nauroma com embolo (P) há +
(lo) Ora,

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

1) com o limitador juntar mal em MS.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de Cavíula (P).

Dr. José Caçamiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 7801 TECIT 15253

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: FATIMA

-ELEMENT TWO DEMOAB

D

C 1512
471

-ELEMENT TWO DEMOAB

D

C 1512
471

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.U.II Leito: 02 Data Admissão: 26/08/14
Paciente: Mikaell Clementino de Oliveira Idade: 24 anos Hora Admissão: _____
Dias de Internação: _____ Turno: D/N SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____
Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____
Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha
() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstétricia () Clín. cirúrgica/Obstetrícia () Clín. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____ / _____
Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x80</u> mmHG
18h00	T: <u>36,6</u> °C	P: <u>76</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x90</u> mmHG
00h00	T: <u>36</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>130x90</u> mmHG
06h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>139x80</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Confuso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/reposo preservado () Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemizada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Estado nutricional: () Normal () Emagrécimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____

Eliminações intestinais: () Presentes () Ausentes Frequência: _____

Aspecto: () Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: () Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias

() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Límpida () Concentrada () Hematuria

Diurese: () Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venoclise: MMSS e MMII MSD MSE MID MIE Subclávia Cateter venoso central Dissecção venosa Data punção: 26/08/19 Hora: 10:40 Gelco N° 20 Scalp N° _____

Quem punctionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: Se sim: data: ____/____/____, hora: ____; Médico: _____
 Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

Não Se sim, data: ____/____/____, hora: ____; causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Seus queixas

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente evolui em G.G.R., aguardando procedimento cirúrgico.

*COMPREV
COMPREV SECURIS - PREVIDÊNCIA S/A*

11 SET. 2019

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Cybele Formiga Oliveira
Data: 26/08/19 Hora: 11:00

Técnica em Enfermagem
COREN-PB: 1105860

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente evolui em G.G.E, feito procedimento cirúrgico, medicado e deite no pós imediato.

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Cybele Formiga Oliveira
Data: 26/08/19 Hora: 20:30

COREN-PB: 1105860

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO

TABELA DE VALORES

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completely limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação	Observação

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionalmente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação	Observação

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação	Observação

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completely imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação	Observação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escorições em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escorições em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

Pontuação total 22

> ACIMA DE 16 PONTOS: RISCO MÍNIMO

> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO

> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.				
ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 8 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auxílio suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auxílio suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auxílio suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença da solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele intacta.
Curettivo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/Incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo útil. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total 26,03,19

Data da avaliação 33

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Mikhail Clementino de Moraes Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: _____ Enfermeira: _____ Data da admissão: 26-08-19
Idade: 24 a Sexo: ()M ()F Religião: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Estado Civil: _____

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

Artróplastico - cirurgia

3. Necesidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ()Preservada ()Prejudicada

Oral: ()Preservada ()Prejudicada

Demandas de Auto Cuidado:

Sono e repouso: ()Satisfatório ()Prejudicado ()Insônia ()Auxiliares do sono Qual: _____

Dieta: ()Preservada ()Prejudicada ()Ajuda para Alimentação ()Restrição Alimentar

Movimentação: ()Deambula ()Não deambula ()Restrito ao Leito ()Acamado

Movimenta-se com ajuda: ()Sem movimentação ()Limitação localizada de movimento

Interação Social: ()Comunicativo ()Não Comunicativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: ()Informado ()Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: ()Boa ()Insuficiente ()Não orientado

4. Fatores de Risco:

()Tabagismo ()Etilismo ()Sedentarismo ()Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: Negro

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): _____

Antecedentes familiares: _____

Uso de medicamentos: — X —

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: _____ C° P: _____ bpm R: _____ ipm PA: _____ mmHg FC: _____ bpm

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm CA: _____ cm

Estado nutricional: ()Normal ()Obeso ()Emagrecido ()Caquético ()Desnutrido ()Outro

Nível de consciência: ()Consciente ()Orientado ()Desorientado

Nível de Resposta: _____

Pele / Tecido: ()Integra ()Hidratada ()Ressecada ()Sudoreica ()Pálida ()Cianótica ()Escara
pele seca (pele seca) escara (escara)

Cabeça: ()Alopecia ()Seborreia ()Pediculose ()Outros: _____

Face: ()Cushingoide ()Paralisia facial ()Acromegálica Expressão: _____

Olhos: ()Visão normal ()Visão turva ()Acuidade visual diminuída ()Cegueira ()Exoftalmia

()Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros: _____

COMPREV SEGUROS - PREVIDÊNCIA SIA

11 SET. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: () Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe _____

Ouvidos: () Audição normal () Diminuída () Tímido () Surdez () Processo inflamatório/infeccioso
() Outros: _____

Boca: () Câries () Falhas dentárias () Halitose () Língua saburrosa () Prótese

Mucosa oral: () Integra () Lesões: _____

Pescoco: () Infecções palpáveis () Tireoide aumentada () Engorgimento jugular () Traqueostomia
() Mov. Difícil ou doloroso () Outros: _____

Tórax: () Atípico () Típico Expansão torácica: () Normal () Diminuída

Mamas: () Assimétricas () Presença de nódulos palpáveis () Secreção: _____

Sistema Respiratório: () Eupnélico () Bradipnélico () Taquipnélico () Dispnélico () Em repouso () Min. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar _____

Atividade Cardíaca: () Regular () Irregular Frequência: _____

Edema: nenhum

Sist. Digestivo/abdome: () Plano () Distendido () Tenso () Globoso () Incisão/cicatriz cirúrgica () Sonda
() Náuseas () Vômitos () Pirose () Plenitude pós-prandial () Dificuldade deglutição

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

A palpação: () Flácido () Doloroso Hepatomegalia () Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica): presente normal

Genito-urinário: () Micção espontânea () Incontinência () Retenção () Dispositivo p/ incontinência () Sonda
() Disúria () Poluriia () Polaciúria () Nicturia () Oliguriia () Anuriia () Hematuria () Coluriia
() Prurido () Corrimento () Lesões () Aspecto de urina

Atividade sexual: () Não tem atividade () Tem atividade () Uso de preservativo: _____

Ciclo menstrual: () Normal () Menopausa () Dismenorreia () Amenorreia () Hipermenorreia: _____

Membros Sensibilidade: () Preservada () Parestesia () Câimbras Força motora: () Preservada () Paresia
() Plegia () Im. de mov. articular Pulsos periféricos: () Palpáveis () Diminuídos () Ausentes () Amputação

Rede venosa: _____

6. Impressões do Enfermeiro:

Pt. vcm spv. jardineira, calmo; orientado
spv. com evitação em verapazilic; curvado, apertado,
suprín. abdução flexão, sem opressão no
ombamento, sem alteração: aguado
procedimento: limpeza

Pt. vcm em cor. Calmante, orientado, higieneade, efetua
limpeza em suprín. pt. constante: segue os cuidados da
equipe.

Thiago

Enfermeiro:

COREN:

DATA: 26/08/19



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



NOME DO PACIENTE		HOSPITAL	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO		ENF.	LEITO
OPERADOR		Dr. José Gussimiro Neto	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATORIO		Fratura da Clavícula (C)	
TIPO DE OPERAÇÃO		Deslocamento da Clavícula (D)	
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO		(C) melhora	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

(1) Submucosa em DCTH sem contaminação.
(2) Anatomia e anatomia cirúrgica
(3) Infecção de Quirúrgico Cirúrgico
(4) Incisão com ligeira contaminação da articulação (D)
(5) Articulação com ligeira contaminação da articulação (D)
(6) Visceral igualdade e irrigação da articulação com B. n. 2
(7) Sutura por plástica
(8) Encerrado

ECONOMIA
COMPREV. RECURSOS INSTITUCIONAIS

Dr. José Gussimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7301 TEOT 15262

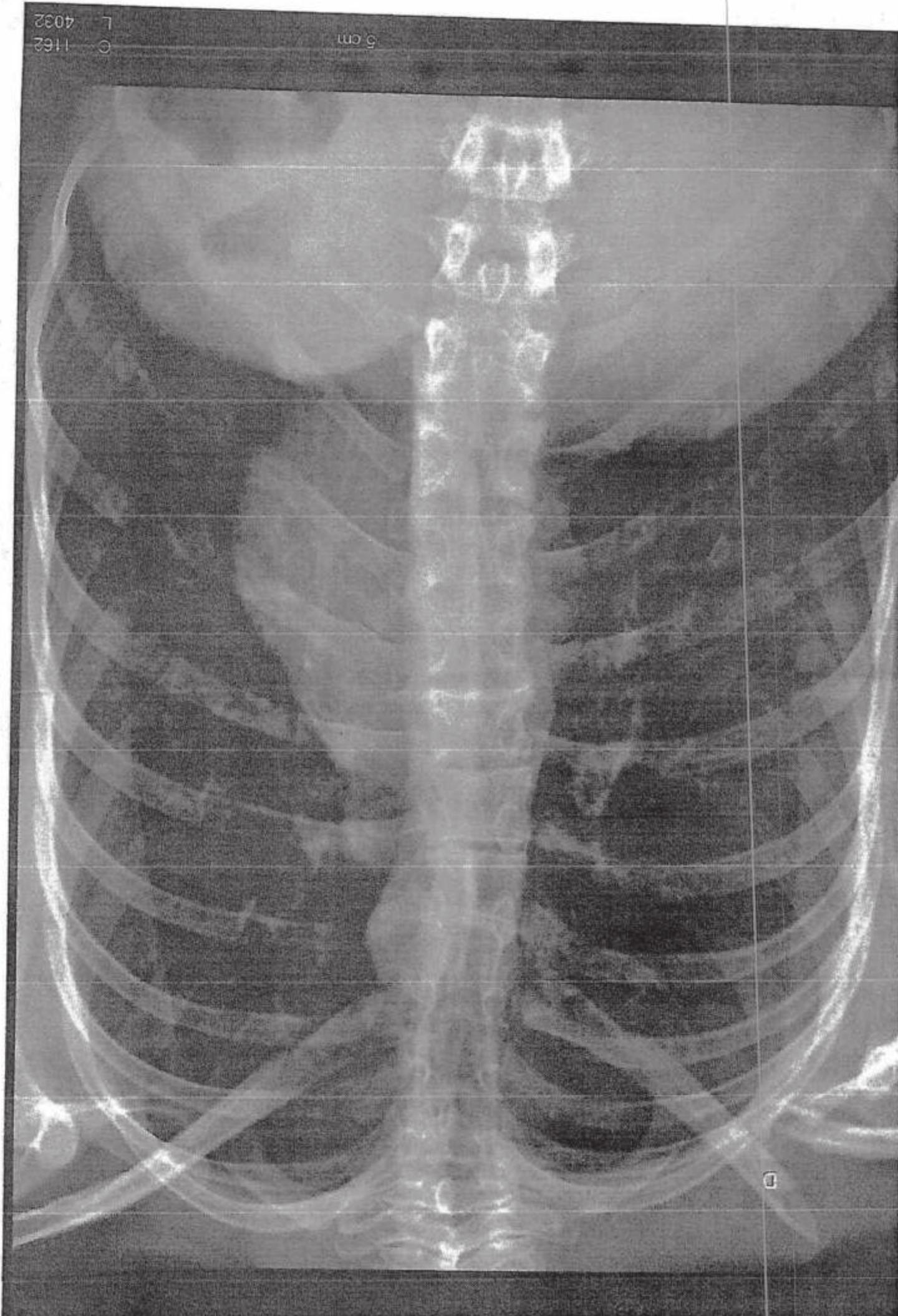
11 SET. 2011

PROT. C. 217
AG. JOÃO PESSOA

L 4032

E 1162

5 cm



GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”



ATESTADO MÉDICO

Este, para os devidos fins, que Miguel Almeida,
de 19/09/2019, portador do RG _____,
é submetido (a) à consulta médica nessa data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.9.
N decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 60 (dezenta) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 07 de 09 de 2019

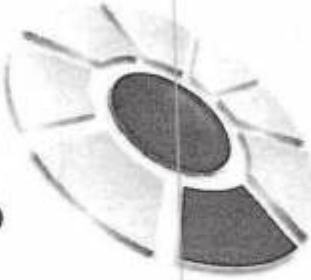
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
e notificá-lo ao(s) por extenso na(o) atestado(m) médico(s).





Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
Nº do Paciente: PB180290795
Data de Nascimento: 29/07/1995
Data do Exame: 19/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura completa do terço distal da clavícula com desvio ósseo, elevação proximal e fragmento ósseo desprendido.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Aumento das partes moles e obliteração dos planos adiposos intermusculares na região supraclavicular.

Carla Fanchiotti Costa

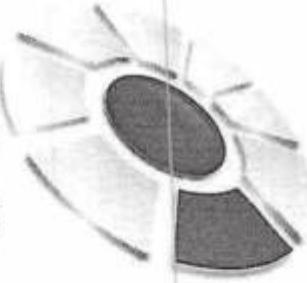
UMPREV - UNIDADE DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

11/08/2019

PROTÓCOLO
AG JOÃO PESS

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:43:57 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destinase ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
Nº do Paciente: PB180290795
Data de Nascimento: 29/07/1995
Data do Exame: 19/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TÓRAX PA

RELATÓRIO:

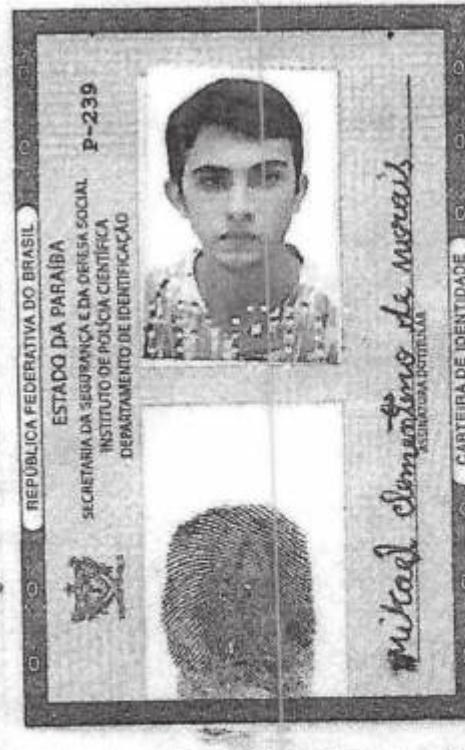
Traqueia e mediastino centrados.
Parênquima pulmonar com transparência usual.
Hilos pulmonares preservados.
Seios costofrênicos visualizados livres.
Índice cardiotorácico normal.

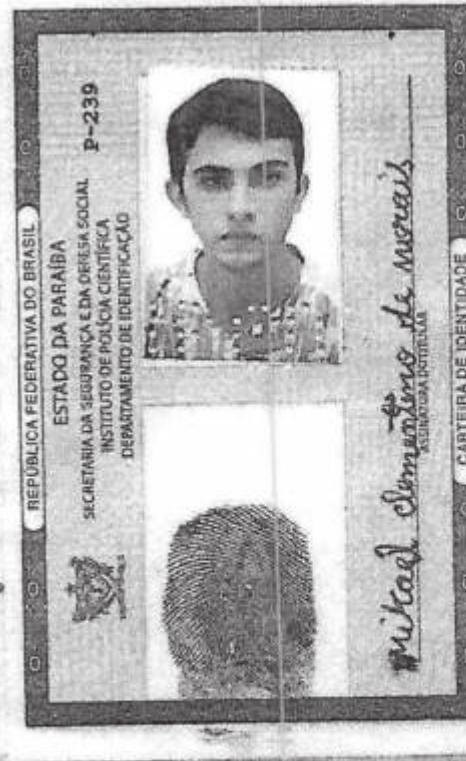


Carla Fanchiotti Costa

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:44:25 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.





BALANCE DU GOUVERNEMENT

Data Week : 2010/07/19 00:00

www.hanser.de | 978-3-446-45831-1

707 4010 2379 2875

515

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

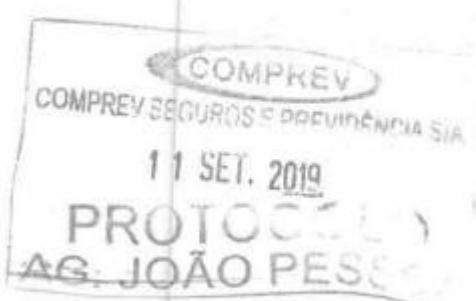
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Reseña Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

1

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
P-239





COMPREV
OMPREV SEGUROS E PROVIMENTO SA
11 SEI. 2019
PROTÓCOLO /
JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LAC DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRÉDITOS
VALE 1 | CÓD. RENAVAM 0103925378-1 | 00/00000000 | 2019

ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO

CPF / CNPJ 01741326460 | PLACA NQK0742 / PB
PLACA ANT / UF PB | CHASSI 9C2KD0810PR415279
ESPECIE / TIPO NOVO | MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDI
GAP / PONT / CIL 2 P/162 / C | CATEGORIA APLIC 2015

COMBUSTIVEL ALCO / GÁSOLIN
ANO/FAB 2015 | COR PREDONANTE PRETA
COTA UNICA 00 / 00 / 0000 | VENC. COTA UNICA 1º
P FAIXA LPVA. *** * | PARCELAMENTO / COTAS 2
V *** * * * * | 0
A *** * * * * | DATA DE PAGAMENTO: 28/02/2019
PREFÍXO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$)
RESERVAÇÃO DE SEGURO P A G O P A G O P A G O

CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00 | CUSTO DO SEGURO R\$ 0,00
PAGAMENTO: PARCELADO SCOTA UNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 28/02/2019

A. P RECON ADM DE CONSORCIOS LTDA
0

SÃO BENTO-PB LOCAL 07/03/2019 P
41521 
14982

SEGURADOR LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.340.000/0001-04

SEGURADOR LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.340.000/0001-04

PB Nº 014452079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRAÇÃO - DATA EMISSÃO
2019 | 07/03/2019

PLACA
NQK0742 / PB
MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDI
ANO/FAB 2015 | COR PREDONANTE PRETA
CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00 | CUSTO DO SEGURO R\$ 0,00
PAGAMENTO: PARCELADO SCOTA UNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 28/02/2019

PLACA
NQK0742 / PB
MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDI
ANO/FAB 2015 | COR PREDONANTE PRETA
CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00 | CUSTO DO SEGURO R\$ 0,00
PAGAMENTO: PARCELADO SCOTA UNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 28/02/2019

PLACA
NQK0742 / PB
MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDI
ANO/FAB 2015 | COR PREDONANTE PRETA
CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00 | CUSTO DO SEGURO R\$ 0,00
PAGAMENTO: PARCELADO SCOTA UNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 28/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.340.000/0001-04

PB Nº 014452079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CNPJ 03.340.000/0001-04

07/03/2019 P
14982



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número:	3190526109	Cidade:	São Bento	Natureza:	Invalidez Permanente
Vítima:	MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS	Data do acidente:	18/08/2019	Seguradora:	ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-2-3-4-8-17

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526109 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-8-17

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

FLAUBER JOSÉ
— ADVOCADO —

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55 e RG nº 4.01.710 SSP/PB, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Sítio Xique-Xique, s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83. 996778542.

OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**.



São Bento Cartório Único Registro Imóveis e Notas
Milton Lúcio da Silva Santos
Fazenda Pública, de Notas Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

Auricelio Nicoleau da Silva
Escrevente

São Bento-PB, 29 de agosto de 2019.

MIkael clementino De Moraes

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma / Autenticidade)

flauberjoseadv@gmail.com
@flauberjoseadvogado

(83) 99621.0214
(83) 98786.2097
(83) 98197.3333

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314191/19

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

CPF: 121.881.274-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO : 097.234.454-33

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

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS : 121.881.274-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
CPF: 121.881.274-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314191/19

Número do Sinistro: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

CPF: 121.881.274-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 17/09/2019

Nome: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO
CPF: 097.234.454-33

Data do cadastramento: 17/09/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA