

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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896 **Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA**

Data do Acidente: 12/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

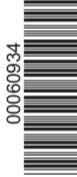
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 14 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896 **Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA**

Data do Acidente: 12/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000041855-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02090.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02090.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 01 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edinaldo Freire de Souza**, CPF nº 012.888.354-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria da Piedade Freire e Clóvis Francisco de Souza, natural de Goianinha/RN, nascido(a) em 10/02/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rodovia Br-230/gen.josé Arakem Rodrigues-jacare, complemento RUA GEN.JOSÉ ARAKEM RODRIGUES-JACARE, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Jacaré Pop, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-8298.

Dados do(s) Fatos:

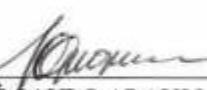
Local: Rua Por do Sol, Jacaré Pop, Jacaré Pop, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

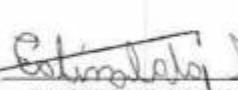
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

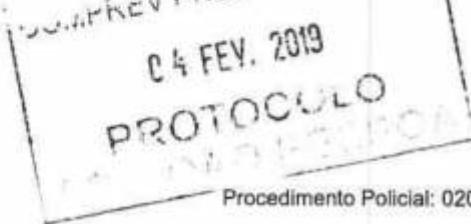
QUE segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125/K de cor vermelha, placa: NPR 9854/PB, ano e modelo: 2010, chassi nº 9C6KE1220A0116463, registrado em nome de Rosimar Pereira de Oliveira-CPF nº 036.477.674-92; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando uma senhora que guiava um veículo FIAT de cor branca, não sabendo especificar o modelo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante esta senhora saiu de um estacionamento e sem ter a devida atenção, sem se quer olhar para ver se vinha algum veículo; QUE segundo o notificante por esta razão veio a colidir na lateral direita; QUE segundo o notificante por esta razão foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 23.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,3

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

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDINALDO FREIRE DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 02090.01.2018.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02090.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02090.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 01 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nessa Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu Edinaldo Freire de Souza, CPF nº 012.888.354-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria da Piedade Freire e Clóvis Francisco de Souza, natural de Góianinhos/RN, nascido(a) em 10/02/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rodovia Br-230/gen.josé Arakem Rodrigues-jacare, complemento RUA GEN.JOSÉ ARAKEM RODRIGUES-JACARE , bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Jacaré Pop, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-8298.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Por do Sol, Jacaré Pop, Jacaré Pop, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

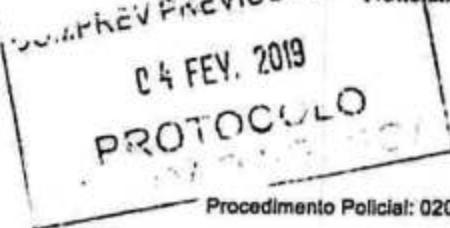
QUE segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125/K de cor vermelha, placa: NPF 9854/PB, ano e modelo: 2010, chassi nº 9C6KEJ120A0116463, registrado em nome de Rosimar Pereira de Oliveira-CPF nº 036.477.674-92; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando uma senhora que guiava um veículo FIAT de cor branca, não sabendo especificar o modelo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante esta senhora saiu de um estacionamento e sem ter a devida atenção, sem se quer olhar para ver se vinha algum veículo; QUE segundo o notificante por esta razão veio a colidir na lateral direita; QUE segundo o notificante por esta razão foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 23.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,3

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

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2018.

[Assinatura]
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

[Assinatura]
EDINALDO FREIRE DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 02090.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Edinaldo Ferreira da Souza CPF da Vítima 012 888 854 50 Data do Acidente 12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email:

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

Assinatar uma das opções abaixo:

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

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

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

CPF do Representante Legal

Telephone (DDG) / (DDD) / (Cidade)

047 9911-2019

PROTOCOLO

2018

Local e Data

João Pessoa 26 de Novembro de 2018

Edinaldo Ferreira da Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1087995



Identificação do paciente

ID 559588	Nome EDINALDO FREIRE DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/02/1971	Idade 47 anos 4 meses 2 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA DA PIEDADE FREIRE				Pai CLOVIS FRANCISCO DE SOUZA
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) MARILIA COSTA FREIRE - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88748166		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2592265			Nº Cns 700609965177561
Local de procedência MANDACARU			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade GOIANINHA			CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA SAO PEDRO
Número SN	Complemento		Bairro MANDACARU

Admissão

Data e Hora 12/06/2018 20:07:39	Número da pulseira 1000005174439	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RESIDENCIA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	<i>SUS/PRÉV/PREVVIDÊNCIAS, n.</i>

04 FEV. 2019

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Presente consciente. Suspeita de fractura midilínguale e luxação do COI

Diagnóstico

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Imprimir

CID

Tempo
01min 16seg

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Folheto para sempre pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - Nº 014.897.988



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650

CNPJ 05.096.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

LEONARDO GRISI GUEDES

RUA GAL JOSE ARAKEM RODRIGUES S/N CASA B
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1788900-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2018

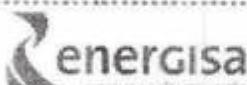
30/10/2018

102

07/11/2018

R\$ 103,90

Acesse: www.energisa.com.br



LEONARDO GRISI GUEDES

Roteiro: 18-013-280-6055

83650000001-0 03900054000-3 17889002018-7 10600013019-0



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

07/11/2018

R\$ 103,90

1788900-2018-10-6



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 (DIA) DESDE A DATA DE VENCIMENTO
VALOR PENDENTE: R\$ 1.000,00 (MIL REAIS)

EM 1990-2010/2010 Reference G412016
CLASSIFICATION: CONFIDENTIAL - DOD/NFAC 00
DATE: 12 SEP 2010 BY: SP4 JEFFREY L. HARRIS

energisa

ESTATE OF ERIC J. STURZ - INVESTIGATOR,
FBI - CINCINNATI - PERIOD 1947-1952

Gas para 2050. Automotriz. Consideraciones

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	312.542.224-15

UC (Unidade Consumidora): 5/1660350-7

[Canal de contato](#)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura			
20/07/19	2500	12/07/19	2014			
				Demonstrativo		
CDU - Consumo		Consumo Térmico	Vazão Serviços Águas Urbanas - Fase 1			
		Tributos Térmicos	1077983,4000			
2001 - Consumo bruto		2001-07-01 23:59:59	17712,26	44,94	1771,26	1,0
DEU - Águas Brancas			1772	1772,26	2,01	1,01
		LITRAGEM DAS E SERVIÇOS				
DETALHAMENTO DA CONTA PÚBLICA		1,01	1,00	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO: 15/05/2024 TOTAL A PAGAR:

PERCENTAGE OF THE VARIOUS CATEGORIES OF THE POPULATION

28/10/2018

RESERVARIO AEROFÍSICO

Indicadores de Qualidade

Unidades da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
CELEBRAZ	0,00	100000
CETENESTRAZ	0,00	100000
DETRAN	0,00	100000
DETRAN-SP	0,00	100000
DETRAN-ESTRADA	0,00	100000
DETRAN-INTERIOR	0,00	100000
DETRAN-EXTERIOR	0,00	100000

Beschreibung	Vater (%)	Mutter (%)
Deutsche Einheit	51,44	50,56
Deutsche Republik	1,25	1,25
Deutsche Demokratische Republik	1,25	1,25
Deutsche Demokratische Republik	1,25	1,25
Deutsche Demokratische Republik	1,25	1,25
Deutsche Demokratische Republik	1,25	1,25
Totale	507,47	500,53

ATENÇÃO

[FATIGUES EN MÉTAL](#)

Resolute Taitano/Vigilante 26/09/18-Rst: ANGEL, M/2 433-Bangs-Terrell 15/07/19-Vigilante
Resolute Taitano/Vigilante 26/09/18-Rst: ANGEL, M/2 433-Bangs-Terrell 15/07/19-Vigilante

VENCIMENTO _____ TOTAL A PAGAR _____

VENCIMENTO 29/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 207,23

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Alecondra Leona Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502-754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Freire de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.888.851-50 do sinistro de DPVAT cobertura univalidez da Vítima Edinaldo Freire de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.888.851-50 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>A Gente Fiscal José B. Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u> CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)
				<u>99105-5363</u>

João Pessoa, 1º de novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



SUSPEITA DE LAVAGEM DE DINHEIRO
PROTÓCOLO N° 00000000000000000000000000000000
DATA: 04.FEV.2019



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDINALDO FREIRE DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 10/02/71

NOME DA MÃE MARIA DA PIEDADE FREIRE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109306

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1087995

DATA DO ATENDIMENTO 12/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:07

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR DIREITO , FERIMENTO EM JOELHO DIR.

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM COXA E JOELHO DIREITO . PRESENÇA DE FERIMENTO NO JOELHO DIR. , E DEFORMIDADE NA COXA .

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITO, RX COLUNA CERVICAL, RX TORAX, RX BACIA, RX JOELHO DIR.

ECG com risco cirúrgico.

EXAMES HEMATOLOGICOS

EVIDENCIAS
04 FEV. 2019

PROTOCOLO

não preenchido

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA DIREITA - FRATURA TRANSTROCANTERIANA E FRATURA DIAFISARIA EM FEMUR DIR. ,

TRATAMENTO:

TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA TIBIAL DIR. , TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR BASOSERVICAL E TROCANTER MAIOR A DIREITA E DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 24/06/18

DATA DA EMISSÃO: 23/10/18

*Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB*

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDINALDO FREIRE DE SOUZA		BAE 1087995	Data/Hora Entrada 12/06/2018 20:07:39	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1971	Idade 47a 4m 3d	Sexo Masculino	CNS 700609965177561	Telefone de Contato (83) 88748166
Mãe MARIA DA PIEDADE FREIRE				Prontuário
Endereço RUA SAO PEDRO, SN		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2018 20:07:39		Data/Hora Prescrição 12/06/2018 22:51:37		

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO. LESÃO EM PARTES MOLES DE JOELHO DIREITO
DEFORMIDADE EM COXA DIREITA

RX: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO + DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

CD: LMC DE JOELHO DIREITO + TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIAL DIREITA
INTERNAMENTO HOSPITALAR

INICIO CEFALOTINA

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

SOLICITO RX DE Perna Direita

SOLICITO ECG + RISCO CIRURGICO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BERNAR DIREITA

Conduita

Em observação

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(: 10204/PR)

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO S/A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
DE PEGADA

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE MESSMIL		2 - CNES 20106118	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE MESSMIL		4 - CNES 	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Edinaldo Freire de Souza		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1087495	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /	
9 - SEXO Masc [] 1 Fem [] 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 	
15 - UF 		16 - CEP 	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTDE		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTDE		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>03 clavos DHS 527 + 03 pinos desimponte 70 + 105 parafusos compresão + parafusos 4,5 - R\$ 301,32 m/ 4,5 - Instrumentos pré-fabricados para fixar Kirschner - 250 UN 2019 PROTOCOLO</i>	
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - DOCUMENTO	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



III

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES-PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: _____
Paciente: **EDINALDO FERREIRA DE SOUZA**
Procedimento: **TTO CIR. TACAO TRANSSEQUELETICA DITIBA**
SUSP: Não SUS:
Médico: **JOAO MATHEUS**
Puntuário: **100879915**
Data: **12/06/18**
Situacão: **AD**

Prontuario: 10874513
Data: 12/06/18
Assistente: (D)
Caixa Pronta: (D)

Número: _____
Paciente: EDINALDO FERREIRA DE SOUZA
Procedimento: TTO CIR. TACAO TRANSSESQUELETICA D TIBIA
SUS: Não SUS
Médico: DR. MARCUS

F(NG),APC,013-2

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE MEETSHL				3 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE MEETSHL				4 - CNES
Identificação do Paciente				5 - NOME DO PACIENTE EDINALDO FREIRE DE SOUZA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO / / /
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				8 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
O FIO DE KIRSCHNER N° 4,5 FOR: ARTISINTSE				39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSEHO)
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHI

NOME: EDINALDO FREIRE DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1087995
IDADE: 47 SEXO: MASC FEM COR: _____ DATA: 20/06/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR BASOCERVICAL E DE TROCANTER
MAIOR E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO
CIRURGIÃO: DR. SANTINO 1º ASS: MR2 VICTOR
2º ASS: MR1 LAIANA 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE FÉMUR BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR A DIREITA</u>	
<u>E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÉMUR BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR A DIREITA</u>	
<u>E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

Biópsia de congelação: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 20/06/2018

Laisa Karen Dantas Jarreto
CRM: 6491
MÉDICA

04 FEV. 2019
PROTÓCOLO
CIRÚRGICO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEF TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
PACIENTE EM DDH EM MESA DE TRAÇÃO SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA	
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE FÉMUR DIREITO BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR	
FRATURA DIAFISÁRIO DE FÉMUR DIREITO	
Conduta:	
REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO COM PARAFUSO DESLIZANTE N° 80 + PLACA DHS 12 FUROS	
MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, SOB AUXÍLIO DE ESCÓPIA	
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RX DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Laiana Kelen Dantas Barreto
MEDICA 8491
CRM-RJ

João Pessoa,

20/06/2018

Nota de Sala Cirúrgica

PROTENIL

NOVO DO PACIENTE	Edinaldo Freire de Souza						
IDADE	47	SEXO	M	PROTEÇÃO	ENFERMAGIA	LEITO	
CIRURGIA	TGB. TRAUMATOCONVIRUGICA PÉS/PIRIM + FISSURA FEMUR						
CIRURGIA	ESTRUTURA + LIGAMENTOS (L2) + KNECEROS (R2)						
ANESTESIA	Ropivacaine + Alcuran (R2)						
ANESTESISTA	C. C. + Alcuran (R2)						
INSTRUMENTADOR	J. S. G. + G. C. G.						
DATA	20/06/2018	TEMPO DE CIRURGICO - ANESTESIA INICIO	08:10	FIM	10:30	CIRURGIA INICIO	13:00
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)							
GRAL DE CONTAMINACAO (0) IMPALP (1) CONTAMINADA (2) INFECTADA (3) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18				
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 SF 500ML		JELCO N°20			FIO CAT GLT CRONIADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	OK SF 1L		JELCO N°22			FIO CAT GLT CRONIADO N°	
CETAMINA	OK SF 1L		JELCO N°24			FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			FIO DE AÇO N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11			FIO DE NYLON N°	2.0
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15			FIO DE NYLON N°	1
EXTANIL	PVP DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23			FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24			FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP TOPICO	OK	LÂMINA DE DERMATÔMOS			FIO POLIGLACTINA N°	
IBUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO N°	
IBUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO N°	
IN. C. VASO	AGULHA 13X4,5	OK	LUVA ESTERIL N°7,0			FIO POLIPROPILENO N°	
LDUCAÍNA S. VASO	AGULHA 25X07	OK	LUVA ESTERIL N°7,5			FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OK	LUVA ESTERIL N°8,0			FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	OK	LUVA ESTERIL N°8,5			FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS			CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFLATOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21			FIO DE KIRSCHNER N°	2/3
ROCRÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	15 ml	OK	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	OK	SERINGA 5ML		OK	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML		OK	FIO STEINMAN N°	1,0
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINIA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°10		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		TM 4,5	
EN. NA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CLRTA		PARAFUSOS CORTICais	
EN. NA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUN. ÁMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA L'RETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA	OK	ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	OK	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPOUNA DE PVP				BISTURI ELETTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK			CAPNÓGRAFO	
<i>Edinaldo Freire de Souza</i>		GAZES	OK			CARDIOMONITOR	
<i>Transtorno D</i>		GAZES ALGODOADAS	OK			DESFIBRILADOR	
<i>TM 4,5</i>		GEL ELETROLÍTICO	OK			FOTO AUXILIAR	
<i>TM 4,5</i>		JELCO N°14				FOTO CENTRAL	
<i>TM 4,5</i>		JELCO N°16				MICROSCOPIO	
<i>TM 4,5</i>						MONIT. DE PULSO	
<i>TM 4,5</i>						CP.A. INVASIVA/NO INVASIVA	
<i>TM 4,5</i>						PERFURADOR ELÉTRICO	
<i>TM 4,5</i>						SERRA	
<i>TM 4,5</i>						CIRCULANTE	
<i>TM 4,5</i>						<i>MAPEAMENTO</i>	
<i>TM 4,5</i>						<i>TOC. EM ESTERILIZADAS</i>	
<i>TM 4,5</i>						<i>COHEN. PR. BLO. B.2</i>	
<i>TM 4,5</i>						<i>FINGI ASCIR. B.2</i>	



HECTSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/06/18

PRONTUÁRIO: 1087995

SEXO: M COR: IDADE: 67

PACIENTE: Edinaldo Freire de Souza

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 75 RESPIRAÇÃO: 16/min TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:
 ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: Hb = 14, AP. CIRCULATÓRIO: RR: 27, BPF: 55

AP. RESPIRATÓRIO: LNE: AHT, SIRA

ESTADO MENTAL: GUTE

DROGAS EM USO:

AP. DIGESTIVO: TROMBO

ESTADO FÍSICO (ASA): II

PRE-ANESTÉSICO: SEM

DOSE: HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: frx fráscavicular (D) + Traumtor maior + frx de clavicula e fêmur (D)

CIRURGIA REALIZADA: PTS: União de frx fráscavicular (D) + Traumtor maior + frx de clavicula e fêmur (D)

CIRURGIÃO: Dr. SANTOS

AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 8:30h

TÉRMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

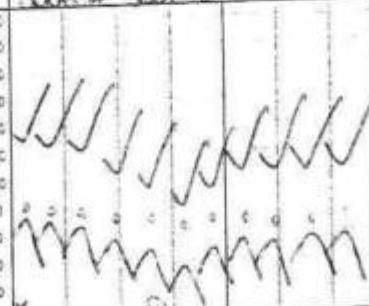
QUANT. DE CH.

VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. Thiago, Dra. Gleicele SPF

CRM-PB:

AESTHESIOPA: 8:20h 9:30h 10:30h

D: 26
N: 26JUDOS:
VENOSAS:

O:

●:

X:

■:

+:

X:

Nota de Sala Cirúrgica

BE: 108-995

NOME DO PACIENTE	Edinaldo Ferreira de Souza		
IDADE	47	RE	PRONTO ARIO
CIRURGIA	TO. LIR. TACAO	ENFERMARIA	LEITO
CIRURGÃO	Dr. Thales	SALX	
ANESTESIA	raqui		Transsepitelial da Tibia D + limpeza
ANESTESISTA	Dr. Silveira + Dr. Geraldo R3		mecânica de gelo D
INSTRUMENTADOR			
DATA	12/01/08	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA IMC 22:00 CIRURGIA INICIO 23:00
PADÍCE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 + ASA 2 + ASA 3 + ASA 4 + ASA 5		
GRAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPIDA) (LIMPA) (AMIGADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADON
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADON
BUPIVACAÍNA PESADA	✓	JELCO N°22	FIO DE ÁCIDO
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE NYLON
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA	FIO DE NYLON 30 F
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON
FENOARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON
FENTANILA	✓	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPRÓPILENO
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPRÓPILENO
BUPIVACAÍNA C. VASO		MATERIAIS	LLVA DE PROCEDIMENTO PAR
AINA C. VASO		AGULHA 13X4,5	LLVA ESTERIL N°7,0
AINA'S VASO		AGULHA 25X6,7	LLVA ESTERIL N°7,5
MIDAZOLAN	✓	AGULHA 25X8,8	LLVA ESTERIL N°8,0
MORFINA	✓	AGULHA 40X12	LLVA ESTERIL N°8,5
NIMBUCUM		AGULHA PERIDURAL N°10	MASCARA CIRÚRGICA
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO
PROPORFOL		AGULHA RAQUÍ N°26G	SCALP N°10
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°26G	SCALP N°21
ROCU'RÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°27G	SERINGA 3ML
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
CEFAZOLINA	✓	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12
DEXAMETASONA	✓	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14
DIPERYXIDA SÓDICA	✓	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA
E. SA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA
OSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA L'RETRAL N°
ICOSÉ SÓL		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA
GLUCONATO DE CALCIÓ		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIOS QTD.
		GAZES	FIOS QTD.
		GAZES ALGODOADAS	FIOS QTD.
		GEL ELETROLITICO	FIOS QTD.
		JELCO N°14	FIOS QTD.
		JELCO N°16	FIOS QTD.
			EQUIPAMENTOS
			ASPIRADOR
			BISTURI ELETRICO
			ECOGRAMA
			ECGOMONITOR
			DEFIBRILADOR
			FOCO AUXILIAR
			FOCO CENTRAL
			MICROSCOPIO
			OXIMETRO DE PULSO
			PA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
			PERFURADOR ELETRICO
			SERRA
			CIRCULANTE
			Mano José M. S. Barreto
			REGISTRAÇÃO
			TEC. DE ENFERMAGEM
			COREN/PB 205-711

CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MESES

Nome: *Eduardo Henrique BE/Prontuário:* 112210-Idade: 22 Sexo: Masculino Feminino Cor:

Data: 16/01/18

Clínica/Sector:

EMP:

Cirurgia: *Abordagem cirúrgica de drenagem*

LR:

Cirurgião: *J. V. T. L.*1º Assistente: *J. V. T. L.*

2º Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia: *LGA*

Horário: Início

Término

Diagnóstico Pós-Operatório

CID

Fármaco

Procedimentos Cirúrgicos

Código

*Abordagem cirúrgica*Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição:Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

 Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

João Pessoa,

19/01/18

PROTOCOLO
DE FER 2019
PREVIDÊNCIA S.
S.40 PESO



CRM - BRASILIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



BRUNO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1º Posição de McBurney
Preparo

Incisão:

2º Sínciso à nível do
ángulo de Lister

Achados:

3º Existe um abscesso
lácteo na parede abdominal
anterior na área Pecten

Conduta:

4º Draining

Fechamento:

5º Fechamento

Observação:

Médico/CRM:

HG



EING/ASCIR 0091

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 12/10/2018

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Edinardo Freira de Souza e Pardo IDADE: 49 A.

SEXO:

COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 120/80 mmHg RESPIRAÇÃO 18/Min TEMPERATURA 37°C PESO 70Kg GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES V.P.M.

AP. RESPIRATÓRIO VV em ANT OFRES AB CIRCULATÓRIO RCR em 27°C IBCLC

AP. DIGESTIVO INJUNTH ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO TENSÃO ARTERIAL 120/80 mmHg ESTADO FÍSICO (ASA)

DURAÇÃO DA ANESTESIA 100 MINUTOS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura Femur e patela direita

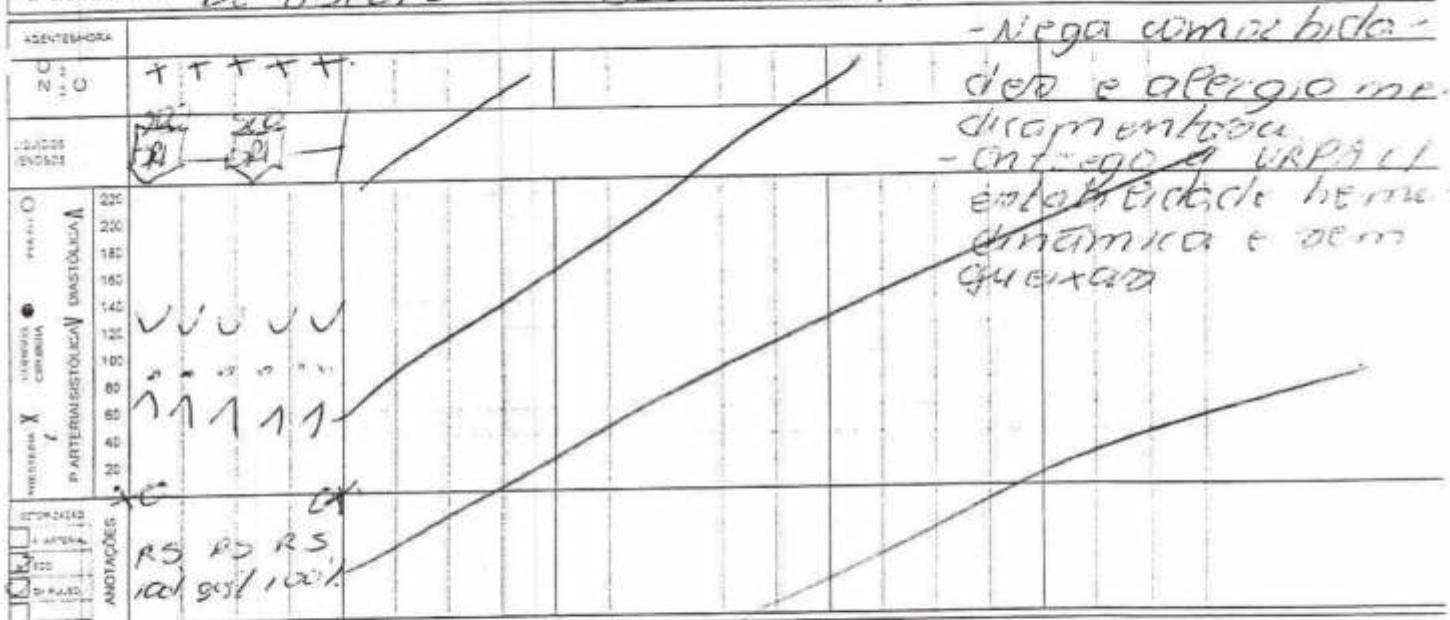
CIRURGIA REALIZADA Troxão e cano querofíca abice direito +

CIRURGÃO Dr. Thales AUXILIARES Dr. Courtney Limpzinho Fina

INÍCIO DA ANESTESIA 22:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 23:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1 hora

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Tibério UPAF + Dr. Gennaro CRMPB) VALORES R\$ 700,00

ANESTESIA GERAL TRAQUEIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVO OUTROS

TÉCNICA Monitorização de ventilação em uso de si e bico MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDOS Volumen ml: 1000

GLICOSE 1. Ursofate 3mg

NACl 2. Fentanyl 100mcg

SANGUE 3. Cefazolin 900mg

BINGER 4. Decadron 10mg

TOTAL 5. Diprivan 0,6g

DESENHO DO PACIENTE 6. Urocanal 1000mg

OUFTI 7. Dimidifluc

UTI 8.

RESIDÊNCIA 9.

OUTROS 10.

RESERVA DE IMPORTANTE

combar: 1/ ocoortol -> punçõe limitar -> diana (3-24 c/ agulha e gas -> cr 260, pcr 1500)

ingresso de (E+G) ps/ infecção -> 1000

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FONTE: ASCIR 026-1

Clóvis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
UFMA 10.247/PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA



Recitório de Controle Especial

Unidade de Saúde:	HETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Cenl. Pedro
Paciente:	EDIVALDO FREIRE DE SOUZA
Endereço do paciente:	Rua São Pedro S/N, João Pessoa-PB-580070500
RG:	
CPF:	
Nº Cartão do SUS:	0005059651177561
CEP:	587995
BE:	1087993

Unidade de Saúde:	HETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Cenl. Pedro
Paciente:	EDIVALDO FREIRE DE SOUZA
Endereço do paciente:	Rua São Pedro S/N, João Pessoa-PB-580070500
RG:	
CPF:	
Nº Cartão do SUS:	
CEP:	
BE:	

Recitório de Controle Especial

Unidade de Saúde:	MEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Cenl. Pedro
Paciente:	EDIVALDO FREIRE DE SOUZA
Endereço do paciente:	Rua São Pedro S/N, João Pessoa-PB-580070500
RG:	
CPF:	
Nº Cartão do SUS:	0005059651177561
CEP:	587995
BE:	1087993

RX

USC ORAL

1. CLEZAN 40MG DIA 1 A 30 DIAS
2. CLEZAN 1G DIA 1 A 30 DIAS
3. CLEZAN 1G DIA 1 A 30 DIAS
4. CLEZAN 40MG DIA 1 A 30 DIAS

USC ORAL

1. TRAMADOL 100MG DIA 1 ATE 5 DIAS
SE DURAR USTE



24/06/2018

Data

24/06/2018

Data

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA

11134/PB

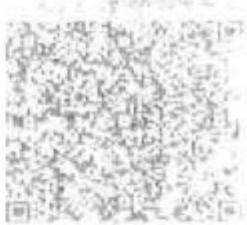
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:	Daniel Conselho Arruda
Identidade:	CRM: 11134
Ctg. Enfermagem:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	
Faz. Farmacêutico:	
Data:	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

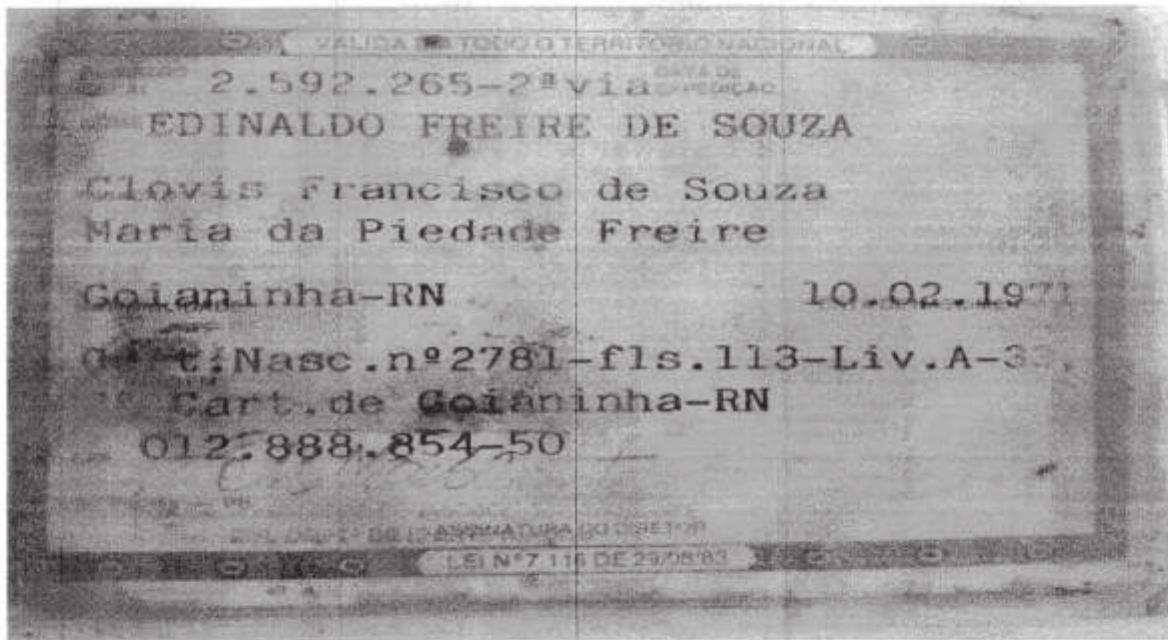
Nome completo:	Daniel Conselho Arruda
Identidade:	CRM: 11134/PB
Ctg. Enfermagem:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	
Faz. Farmacêutico:	
Data:	

Próximamente



Protocolo
04 FEV. 2019

185911





INSTITUTO NACIONAL DE
SEGURIDADE SOCIAL - INSS
RIO BRANCO - AC
04 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190093896 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E DISFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES COM OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 9,15,16.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Número do Sinistro: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 21/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

EDINALDO FREIRE DE SOUZA : 012.888.354-50

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: 04/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Número do Sinistro: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 15/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA