
Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190365332

Vítima: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190365332

Vítima: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

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

Recebedor: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Valor: R\$ 407,63

Banco: 033

Agência: 000003082

Conta: 000001059569-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: TURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA CPF: 048.499.924-40
Profissão: UNIVERSITÁRIO Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA Número: 230 Complemento: -
Bairro: LIBERDADE Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58.414-238
E-mail: luxigcarvalhos@gmail.com Tel.(DDD): (33) 99901-5230

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **CONTA:**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER
AGÊNCIA: 3082 **CONTA:** 01059569 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____
Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Turi G. Carvalho de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Desbloqueie o seu
novo cartão no app

Santander



way

Quem possui
Caixas Eletrônicas,
e começa a
utilizá-lo no seu
dia a dia.

5401 0510 0201 1437

MEMBER
SINCE

10/12

VALID
THRU

01/22

10/12

01/22

01/22

10/12

01/22

01/22

10/12

01/22

01/22

0000 000000

6º

Serviço Notarial
6º OFÍCIO

Maria Alice J. Silva
Notária
Reg. 1º de 1994

RUA MARQUEZ DE HONORATO, 16 - LOTAÇÃO 6 - CAMPINA GRANDE - PB - CEP: 53.041-253
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
Selo: A1137334 - 4069 (At. 285 - JUIZ DE PAZ - CAMPINA GRANDE - PB)

CARTÓRIO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO - BOAT

Maria Célia Jordão - Tabelião
Nelma Mello Lucas - Substituta
Nemise Mello Lucas - Escrevente

Boletim de ocorrência

Nº BOAT 071 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA				Posto/Graduação: 3º SGT /PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS/ RUA MARIA ESTELITA CRUZ				Hora 13:47	Bairro PEDREGAL	Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Data/Ocorrência 22/03/2018	Dia da Semana QUINTA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente COLISÃO LATERAL	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condição/Via BOA	Tempo BOM	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL				Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL			
CONDUTOR 01							
Nome: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUSA				Sexo MASCULINO	Nascimento 05/07/1991	RG	
Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, Nº 230, JARDIM PAULISTANO, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 26/08/2010	Categoria AB	Registro CNH 05020642040	UF PB	Ex.Mtd/Dia SIM	Data Vencimento 17/05/2019	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO				Destino do Condutor HOSPITAL DE ANTONIO TARGINO			
VEÍCULO 01							
Marca HONDA	Espécie MOTOCICLETA	Placa OGD-0985	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	UF PB		
Nome do Proprietário: MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA							
Seguradora DPVAT		Bilhete Nº 013222194067	Renavam 00543790150		Data da Emissão 02/08/2017		
Avarias: CARENAGEM TRASEIRA ESQUERDA, PUNHO ESQUERDO, OS DOIS RETROVISORES, TELESCÓPIO DIREITO							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Declarou que vinha transitando pela rua Assembléia de Deus, no sentido Pedregal/Bodocongó, ao se aproximar da rua Maria Estelita Cruz viu um veículo tentando entrar na rua que ele vinha transitando, buzinou mesmo assim ela continuou, o mesmo freou a motocicleta mas não conseguiu parar e houve a colisão entre eles.							
CONDUTOR 02							
Nome: ALINE FERREIRA DA SILVA				Sexo FEMININO	Nascimento 22/12/1994	RG 3786406	
Endereço: RUA MARIA ESTELITA CRUZ PEREIRA PINTO, Nº 390, CONJUNTO UNIVERSITÁRIO, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 21/01/2015	Categoria B	Registro CNH 06285225059	UF PB	Ex.Mtd/Dia SIM	Data Vencimento 12/03/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO				Destino do Condutor PERMANECERAM NO LOCAL			
VEÍCULO 02							
Marca VW GOL	Espécie AUTOMÓVEL	Placa NQJ-3689	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	UF PB		
Nome do Proprietário: IRENE FERREIRA DA SILVA							
Seguradora DPVAT		Bilhete Nº 013747978001	Renavam 00256582858		Data da Emissão 26/09/2017		
Avarias: PORTA TRASEIRA ESQUERDA, VIDRO TRASEIRO ESQUERDO, PORTA DIANTEIRA ESQUERDA, PARA-LAMA TRASEIRO ESQUERDA							
VERSÃO DO CONDUTOR 02							
Declarou que vinha transitando pela rua Maria Estelita Cruz, ao ingressar na rua Assembléia de Deus, não conseguiu ver a motocicleta que vinha no sentido Pedregal/Bodocongó, e que sentiu a pancada na lateral esquerda. Tentou livrar mas não conseguiu porque vinha muito rápido.							
VÍTIMA 01							
Nome: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUSA				Sexo MASCULINO	Nascimento 05/07/1991		
Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, Nº 230, JARDIM PAULISTANO, CAMPINA GRANDE/PB							
Viajava no Veículo Nº VI				Usava Cinto		Usava Capacete SIM	
Condição da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre				Conduzida Para HOSPITAL DE ANTONIO TARGINO			

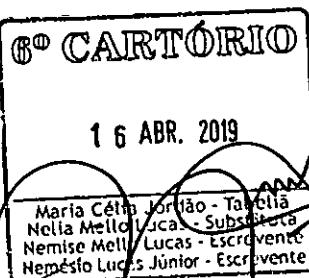
RECEBIDO
28 MAI 2019
Seguradora Lider DPVAT

CONSTATADO

De acordo com o levantamento realizado no local do sinistro e circunstanciado nas declarações dos condutores, o acidente trata-se de uma colisão lateral. O V1 vinha transitando pela rua Assembleia de Deus, no sentido Pedregal/Bodocongó. O V2 vinha transitando pela rua Maria Estelita Cruz, no sentido Leste/Oeste e houve o embate entre eles.
Segue croqui em anexo.

Campina Grande - PB, 04 de Abril de 2018.

Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 071 /2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
HONDA

Placa:
OGD-0985/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
22/03/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 01				

Observações:

01=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
VW GOL

Placa:
NQJ-3689/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
22/03/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA) 00				

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1

->DANO DE PEQUENA MONTA

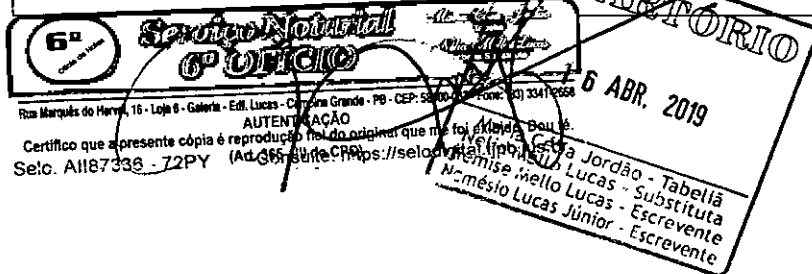
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6

->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6

->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 04 de Abril de 2018.





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 071/2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Assembléia de Deus - 10,00 metros

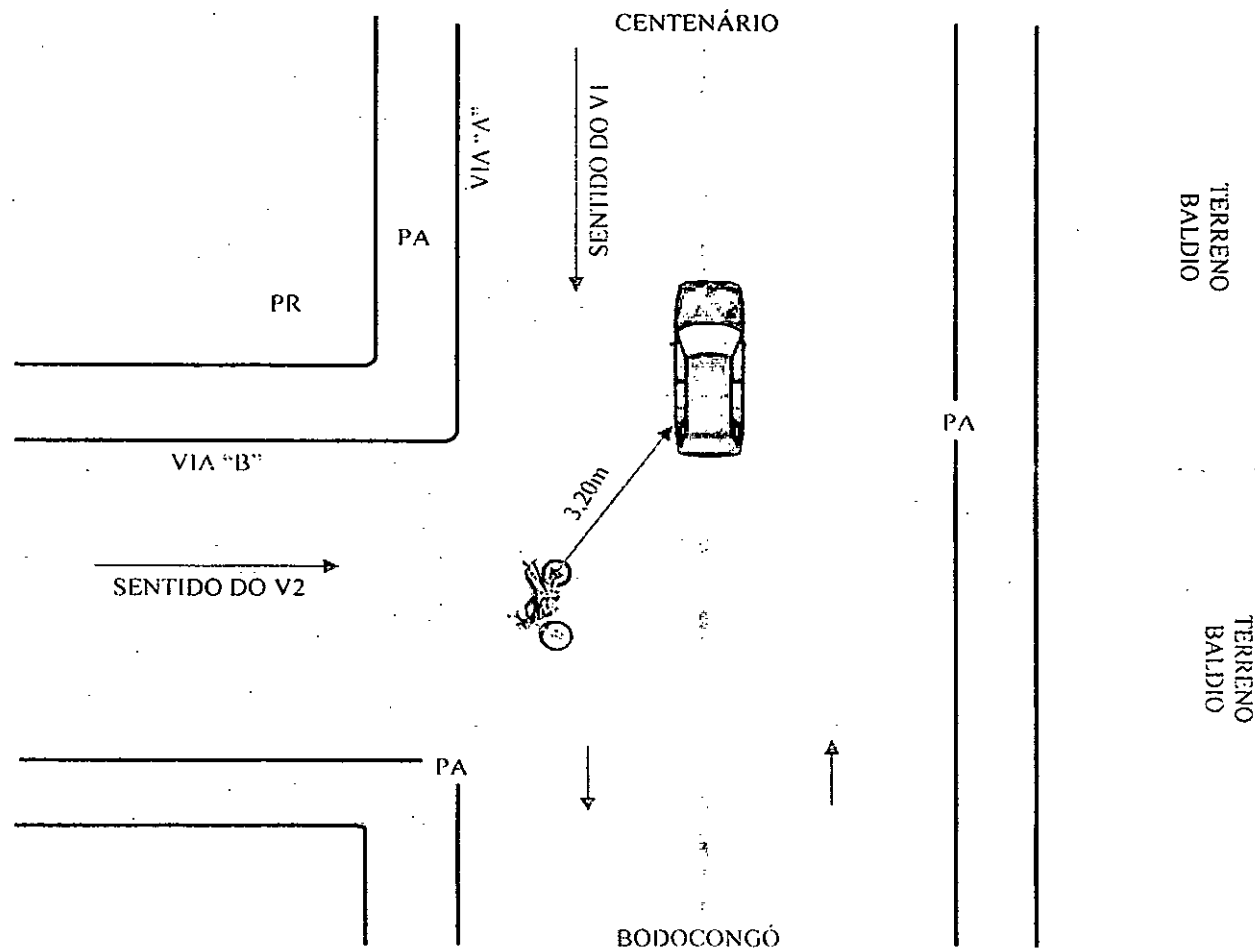
VIA "B" - Rua Maria Estelita Cruz - 06,00 metros

PR (Ponto de Referência): Mercadinho do carioca

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de iluminação

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 02,80 e Eixo Traseiro 11,60 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixo Dianteiro Esquerdo 08,50 e Eixo Traseiro Direito 04,30 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS

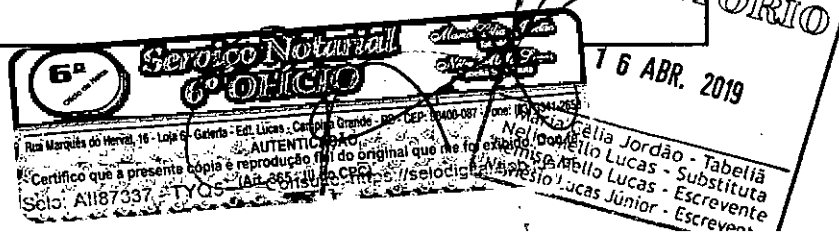


VI



V2

SGT PM Josévaldo Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento



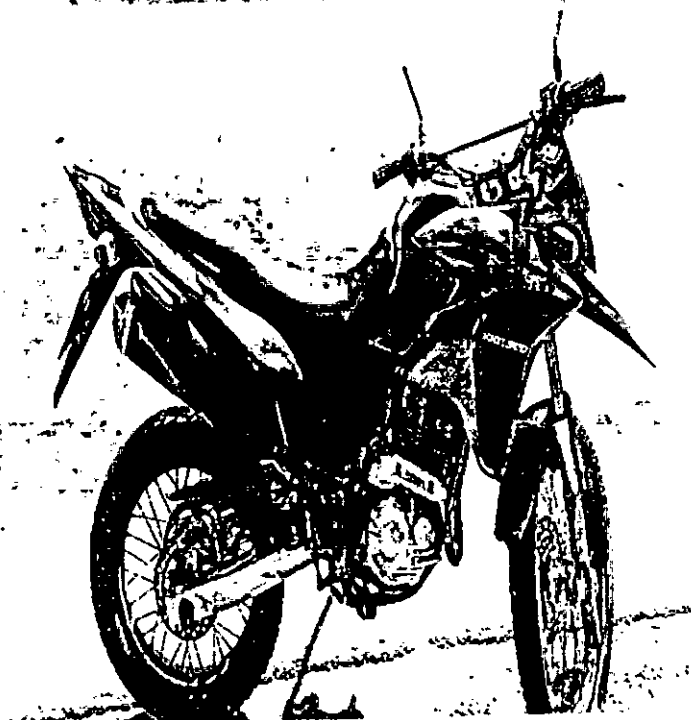
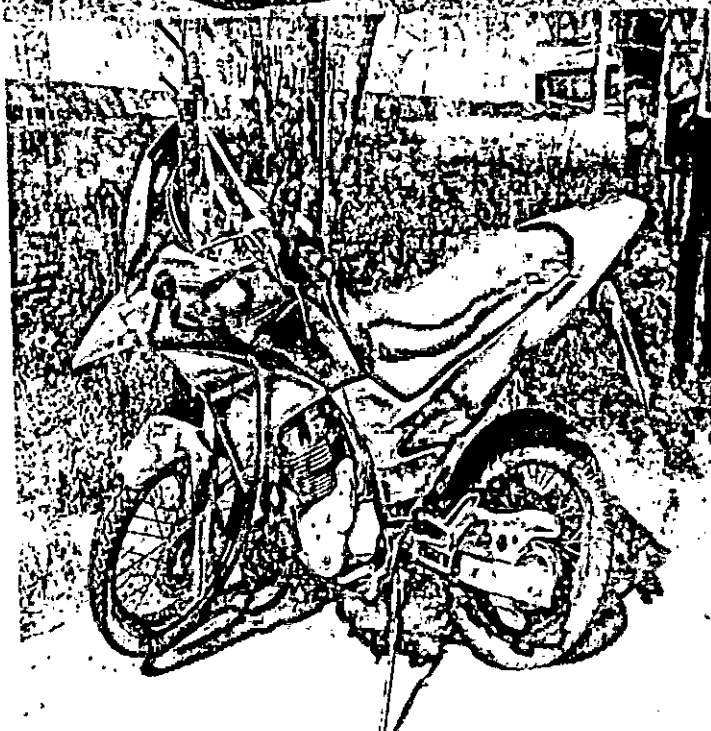
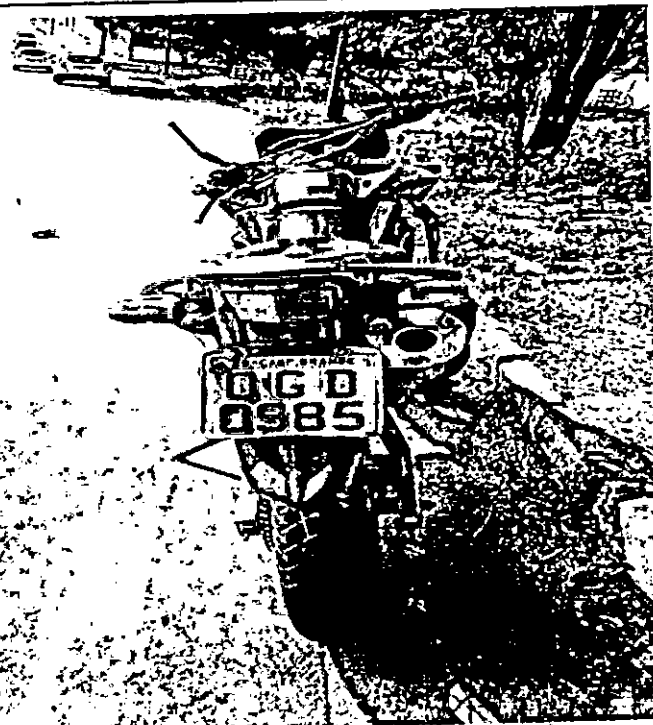
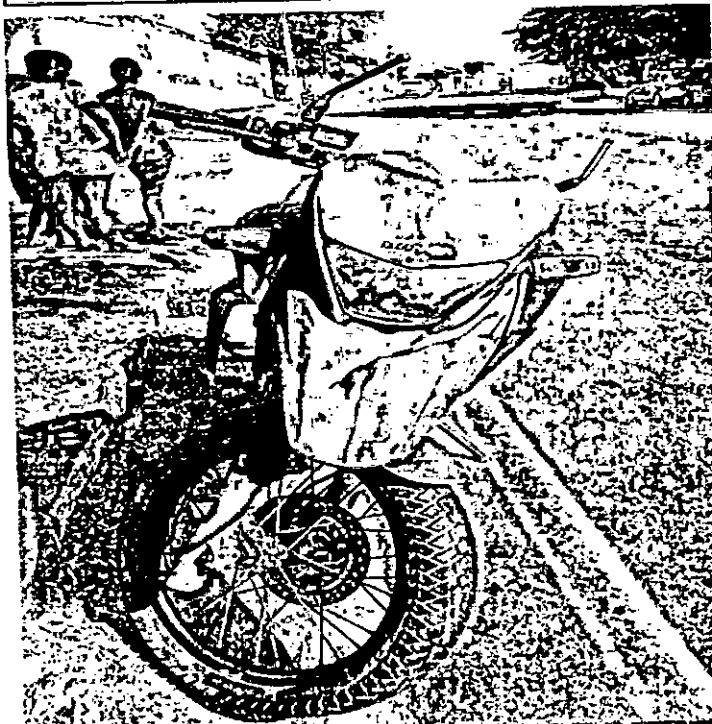


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 071/2018

FOTOS DO V1

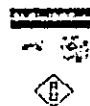


6º Serviço Notarial 6º OFÍCIO
Rua Marquês de Pombal, 16 - Loja 6 - Galvães - Ed. Lúcia - Jd. Santa Cruz - CEP: 51.020-000 - Fone: (83) 3341-2008
Certifico que a presente cópia é uma reprodução fiel do original que se encontra em meu poder.
Selo: A1187338 - NXBN
AUTENTICAÇÃO
Consultar: <https://selos.cptm.org.br/>
ABR. 2019
JOSÉ ALDO ALVES DE ALMEIDA
Escritor pelo Levantamento
Jordão - Tabelião
Mello Lucas - Substituto
Mello Lucas - Escrevente
Mello Lucas Júnior - Escrevente





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

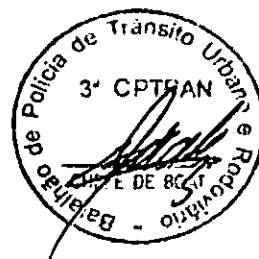


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 071/2018

FOTOS DO V2



3º SGT PM JOSIVALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 407,63

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03082

CONTA: 000001059569-2

Nr. da Autenticação 73A71E065E022512



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



Comprovação de ato declaratório

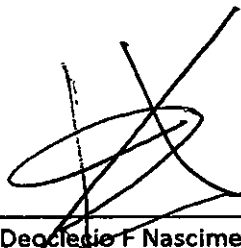


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 22/3/2018	HORA: 13:32 HS	ID Nº: 1681475
NOME:	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	R - ASSEMBLEIA DE DEUS - PEDREGAL	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital Antonio targino		

Campina Grande, 19 de abril de 2018.


Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 003.602.160



LUZ, REGULAÇÃO, VELOCIDADE

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.826.596/0001-65 Insc. Est. 18.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA
RUA CASSIANO PEREIRA 230
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/60173-2

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

26/04/2019

CONSUMO

197

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 172,82

Acesse: www.energisa.com.br



LUZ, REGULAÇÃO, VELOCIDADE

DESTAQUE AQUI

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA

Roteiro: 17-401-830-2100

83610000001-4 72820147000-8 00601732019-0 04200401019-7

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 172,82

MATRÍCULA

60173-2019-04-2

Comprovante de residência





Comprovante de despesas médicas



DEMONSTRATIVO DE MENSALIDADES, TAXAS E COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

ARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 100001.043125.01
Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230
IBERDEADE
3414-238 - CAMPINA GRANDE (PB)

Pág:1

Competência: 10/2018

ANS nº 38569-7

Lotação : APOSENTADO COM CAPEF

FATURAS

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor	Observação	Contrato	Tipo de Cobrança
14795705	31/07/2018	19/10/2018	40,78	Compl.de contrib. ref.a fev/18 a jun/18-parc 2/10		Conta-Corrente
14907115	31/07/2018	19/10/2018	11,06	Compl.de mensal. ref. a fev/18 a jun/18 Parc 2/10		Conta-Corrente
14965921	01/10/2018	19/10/2018	88,10	GRUPO FAMILIAR 1100001.43125 MÊS 10/2018		Conta-Corrente
14977795	01/10/2018	19/10/2018	1.095,73	GRUPO FAMILIAR 1100011.43125 MÊS 10/2018		Conta-Corrente
Total da Fatura:			1.235,67			

MÓDULOS

Fatura	Beneficiário	Tipo	Valor	Redução %	Bonif.	Vr. Débito
Família Emp						
14977795	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	190,17	0,00	0,00	190,17
14907115	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Compl. Mensal.	2,55	0,00	0,00	2,55
14977795	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	276,58	0,00	0,00	276,58
14907115	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	3,70	0,00	0,00	3,70
14977795	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	358,92	0,00	0,00	358,92
14907115	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	4,81	0,00	0,00	4,81
Total do Módulo:			836,73	0,00	0,00	836,73

Natural Emp

14795705	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Contribuição	40,78	0,00	0,00	40,78
Total do Módulo:			40,78	0,00	0,00	40,78

Saúde 24 Horas sem Base

14977795	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14977795	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14965921	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14977795	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
Total do Módulo:			9,84	0,00	0,00	9,84

Taxa para Proteção Financeira

14977795	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14977795	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14965921	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	25,68	0,00	0,00	25,68
14977795	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
Total do Módulo:			179,73	0,00	0,00	179,73

UTILIZAÇÃO

Fatura	Guia	Data	Evento	Grau	Qtd.	Custo Serviço	PF Devida
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA							
Executor : CL RAD DR FCO WANDERLEY LTDA							
14977795	10864163	14/08/2018	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR,	Exames-Ultrassonografia	1,00	181,68	0,00
14977795	10864178	23/08/2018	RX - ESCANOMETRIA	Exames-Radiologia	1,00	41,06	0,00
Executor : CLINICA DE DERMATOLOGIA E CARDIOLOGIA LTDA							
14977795	10853639	14/08/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	81,60	20,40
Executor : CTO-CL DE TRAUMA E ORTOPEDIA LTDA							
14977795	10818841	04/08/2018	MATMED MATERIAL	Materiais (Valor Informado)	1,00	1,88	0,00
Executor : INSTITUTO DO FIGADO E DO SANGUE LTDA							
14977795	10838053	21/08/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
Executor : LUCIA DE QUEIROZ CARNEIRO							
14977795	10838001	17/08/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	97,92	24,48
14977795	10838006	17/08/2018	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	Exames-Cardiologia	1,00	37,06	0,00
Executor : LUCIANO GUEDES BORGES							
14977795	10817324	20/06/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
14977795	10818647	20/06/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
14977795	10818648	20/06/2018	RX - COXA	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
14977795	10818649	20/07/2018	RX - JOELHO	Exames-Radiologia	1,00	19,80	0,00
14977795	10820018	04/08/2018	DESBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00
14977795	10818641	04/08/2018	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	Cirurgiao	1,00	8,25	0,00
14977795	10818640	04/08/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
14977795	10818640	04/08/2018	RX - JOELHO	Exames-Radiologia	1,00	19,80	0,00
14977795	10818646	09/08/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
14977795	10817321	20/08/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
14977795	10817327	22/08/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	0,00	0,00	0,00
14977795	10818651	22/08/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
14977795	10818651	22/08/2018	RX - JOELHO	Exames-Radiologia	1,00	19,80	0,00
14977795	10820018	04/09/2018	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00
14977795	10820018	04/09/2018	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO -	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00
14977795	10820018	04/09/2018	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00
Executor : PROMEDICA-CL ANALISES MEDICAS LTDA							
14977795	10847523	13/08/2018	ACIDO URICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847526	13/08/2018	ALBUMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847526	13/08/2018	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGA	Exames-Patologia Clinica	1,00	51,00	0,00
14977795	10847525	13/08/2018	BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E TOTAL) -	Exames-Patologia Clinica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847524	13/08/2018	COLESTEROL (HDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	6,44	0,00

Continuação: Demonstrativo de Mensalidades, Taxas e Coparticipação Financeira - MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA - Competência: 10/2018						Pág: 2
14977795	10847525	13/08/2018 COLESTEROL (LDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
14977795	10847524	13/08/2018 COLESTEROL TOTAL - PESQUISA E/OU	Exames-Patologia Clínica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847523	13/08/2018 CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847526	13/08/2018 CULTURA, FEZES: SALMONELA, SHIGELLA E	Exames-Patologia Clínica	1,00	39,79	0,00
14977795	10847525	13/08/2018 FOSFATASE ALCALINA - PESQUISA E/OU	Exames-Patologia Clínica	1,00	8,56	0,00
14977795	10847525	13/08/2018 GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - PESQUISA	Exames-Patologia Clínica	1,00	8,56	0,00
14977795	10847524	13/08/2018 GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847526	13/08/2018 HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS	Exames-Patologia Clínica	1,00	10,32	0,00
14977795	10847524	13/08/2018 LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	Exames-Patologia Clínica	1,00	25,75	0,00
14977795	10847525	13/08/2018 LIPASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	1,00	8,56	0,00
14977795	10847526	13/08/2018 PARASITOLOGICO - NAS FEZES	Exames-Patologia Clínica	1,00	11,33	0,00
14977795	10847523	13/08/2018 POTASSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	1,00	4,65	0,00
14977795	10847523	13/08/2018 PROTEINA C REATIVA, QUANTITATIVA -	Exames-Patologia Clínica	1,00	25,76	0,00
14977795	10847526	13/08/2018 TEMPO DE PROTROMBINA - DETERMINACAO	Exames-Patologia Clínica	1,00	6,76	0,00
14977795	10847523	13/08/2018 TIREOSTIMULANTE, HORMONIO (TSH) -	Exames-Patologia Clínica	1,00	24,05	0,00
14977795	10847524	13/08/2018 TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO	Exames-Patologia Clínica	1,00	8,56	0,00
14977795	10847524	13/08/2018 TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO	Exames-Patologia Clínica	1,00	8,56	0,00
14977795	10847525	13/08/2018 TRIGLICERIDEOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	1,00	6,44	0,00
Total do Beneficiário:					1.162,34	108,63

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA

Executor : CENTRO PSICOLOGICO DESENVOLVIMENTO

14965921	10836249	16/07/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14965921	10836253	18/07/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14965921	10836277	06/08/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14965921	10836278	07/08/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14965921	10836291	15/08/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14965921	10836298	17/08/2018 SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38

Executor : INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE S/C LTDA

14965921	10837988	22/08/2018 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	86,70	21,68
Total do Beneficiário:					239,70	59,96

Total da Utilização: 1.402,04 168,59

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Caro (a) Associado (a),

Em cumprimento à Resolução Normativa nº 389, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos o número do seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o de seus dependentes.

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a construção de uma base nacional de informações, integrando os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no País.

Nome	Número CNS	Data Nascimento	CPF
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	898004113707237	14/03/2007	147.434.084-90
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	706102079401060	05/07/1991	078.499.924-40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	709001868676216	22/12/1955	135.192.394-34
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	700208463223020	27/09/1983	051.075.784-70

Está satisfeito com o serviço oferecido? Conte pra gente! Acesse: www.camed.com.br/pesquisa

A Camed oferece a você o serviço Saúde 24 Horas, com orientações sobre primeiros socorros ou urgência/emergência antes da chegada ao local apropriado para o atendimento, além de atendimento domiciliar com transporte e remoção. Como utilizar? 0800 723 3331 | Saiba mais sobre o serviço no Portal Camed.

Conforme amplamente divulgado, a Camed procedeu, no mês de julho/2018, com a adequação na contribuição social/patronal de 1,5% para 2,5% da renda bruta dos associados, bem como com o ajuste nas mensalidades de dependentes do Plano Família em 2,75%, para o ano de 2018.

Referidos ajustes foram aplicados de forma retroativa a janeiro de 2018, sendo a diferença desses ajustes, correspondente ao período de janeiro a junho/2018, parcelada em 6 (seis) vezes, tendo sido a primeira parcela cobrada no mês de agosto/2018 e demais programadas até dezembro/2018, sendo uma das parcelas cobrada em novembro/2018, juntamente com a folha do 13º salário.

Todavia, em decorrência de acordo realizado entre Banco do Nordeste e entidades sindicais, as 5 (cinco) parcelas remanescentes em favor da Camed serão divididas, automaticamente, em 10 (dez) vezes.

Aos associados que se manifestaram desfavoráveis a esta opção até o dia 06/09/2018, foram mantidas as cobranças das diferenças remanescentes em 5 (cinco) parcelas.



DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 100001.043125.01

Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230

LIBERDADE

58414-238 - CAMPINA GRANDE (PB)

Pág:1

Competência: 06/2018

ANS nº 38569-7

Lotação : APOSENTADO COM CAPEF

FATURAS

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor	Observação	Contrato	Tipo de Cobrança
14555039	01/06/2018	19/06/2018	62,15	GRUPO FAMILIAR 1100001.43125 MÊS 6/2018		Conta-Corrente
14567074	01/06/2018	19/06/2018	3.488,78	GRUPO FAMILIAR 1100011.43125 MÊS 6/2018		Conta-Corrente
14572827	01/06/2018	19/06/2018	-23,17	RESULT. PARCEL. 1100001.43125 - MÊS 6/2018		Conta-Corrente
14572828	01/06/2018	19/06/2018	-1.719,04	RESULT. PARCEL. 1100011.43125 - MÊS 6/2018		Conta-Corrente
Total da Fatura:			1.808,72			

MÓDULOS

Fatura	Beneficiário	Tipo	Valor	Redução %	Bonif.	Vr. Débito
Família Emp						
14567074	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	185,08	0,00	0,00	185,08
14567074	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	269,18	0,00	0,00	269,18
14567074	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	349,31	0,00	0,00	349,31
Total do Módulo:			803,57	0,00		803,57

Saúde 24 Horas sem Base

14567074	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14567074	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14555039	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14567074	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
Total do Módulo:			9,84	0,00		9,84

Taxa para Proteção Financeira

14567074	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14567074	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14555039	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	25,68	0,00	0,00	25,68
14567074	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
Total do Módulo:			179,73	0,00		179,73

UTILIZAÇÃO

Fatura	Guia	Data	Evento	Grau	Qtd.	Custo Serviço	PF Devida
--------	------	------	--------	------	------	---------------	-----------

HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO

Executor: CLIESP-CL ESPECIALIZADA SERTAO PE

14567074	10506574	26/04/2018	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE	Exames-Ofthalmologia	1,00	20,41	5,10
14567074	10506574	26/04/2018	MAPEAMENTO DE RETINA (OPTALMOSCOPIA	Exames-Ofthalmologia	2,00	81,63	20,41

Executor: JULIO CESAR ELIHIMAS DE CARVALHO

14567074	10506570	26/04/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	78,03	19,51
Total do Beneficiário:						180,07	45,02

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Executor: HOSP ANTONIO TARGINO S/A

14567074	10538257	22/03/2018	CATETER PARA OXIGENIO, POR HORA	Oxigenio	1,00	13,04	3,26
14567074	10538257	22/03/2018	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	Diaria de Apartamento	1,00	297,00	74,25
14567074	10538257	22/03/2018	FIO STEIMANN LISO 4,5X250MM	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	70,00	17,50
14567074	10538257	22/03/2018	MATMED MATERIAL	Materiais (Valor Informado)	1,00	805,88	201,50
14567074	10538257	22/03/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	26,76	6,69
14567074	10538257	22/03/2018	RX - BRACO	Exames-Radiologia	1,00	22,37	5,59
14567074	10538257	22/03/2018	RX - BRACO	Exames-Radiologia	1,00	22,37	5,59
14567074	10538257	22/03/2018	RX - BRACO	Exames-Radiologia	1,00	22,37	5,59
14567074	10538257	22/03/2018	RX - COTOVELO	Exames-Radiologia	1,00	17,90	4,48
14567074	10538257	22/03/2018	RX - COTOVELO	Exames-Radiologia	1,00	17,90	4,48
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	1,00	44,28	11,07
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	1,00	44,28	11,07
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	0,00	0,00	0,00
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	0,00	0,00	0,00
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE SALA CIRURGICA, PORTE ANESTESICO	Taxa de Sala	1,00	355,47	88,87
14567074	10538257	22/03/2018	TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERACAO POST	Taxa de Sala	1,00	75,90	18,98
14567074	10538257	23/03/2018	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ELETRICO	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	1,00	39,22	9,81
14567074	10538257	23/03/2018	CATETER PARA OXIGENIO, POR HORA	Oxigenio	4,00	52,16	13,04
14567074	10538257	23/03/2018	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	Diaria de Apartamento	1,00	297,00	74,25
14567074	10538257	23/03/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	26,76	6,69
14567074	10538257	23/03/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	26,76	6,69
14567074	10538257	23/03/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	26,76	6,69
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	1,00	44,28	11,07
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	1,00	44,28	11,07
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	0,00	0,00	0,00
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE	TUE-Taxa de Utilizacao do Equipamento	0,00	0,00	0,00
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE SALA CIRURGICA, PORTE ANESTESICO	Taxa de Sala	1,00	575,58	143,90
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE SALA CIRURGICA, RECUPERACAO POST	Taxa de Sala	1,00	75,90	18,98
14567074	10538257	23/03/2018	TAXA DE SERVICO DE ARMAZENAMENTO,	Margem de Comercializacao	1,00	2.251,50	562,88
14567074	10538257	24/03/2018	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	Diaria de Apartamento	1,00	297,00	74,25
14567074	10538257	25/03/2018	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	Diaria de Apartamento	1,00	297,00	74,25
14567074	10538257	25/03/2018	MATMED MEDICAMENTO	Medicamentos (Valor Informado)	1,00	622,42	155,61
14567074	10538257	26/03/2018	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	Diaria de Apartamento	1,00	297,00	74,25

Executor: RAILTON MARINHO DA COSTA									
14567074	10538257	22/03/2018	DESSBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00		
14567074	10538257	22/03/2018	DESSBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00		
14567074	10538257	22/03/2018	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO -	Primeiro auxiliar cirurgico	1,00	84,58	21,15		
14567074	10538257	22/03/2018	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU	Primeiro auxiliar cirurgico	1,00	84,58	21,15		
14567074	10538257	22/03/2018	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU	Primeiro auxiliar cirurgico	1,00	84,58	21,15		
14567074	10538257	23/03/2018	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	Primeiro auxiliar cirurgico	1,00	218,88	54,72		
Executor: TOP IMPLANTES E MATERIAIS CIRURGICOS LTDA									
14567074	10555556	23/03/2018	COMPONENTE HASTE FEMORAL/TIBIAL RETA	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	5.225,00	195,11		
14567074	10555556	23/03/2018	FIO DE KIRSCHNER 2.0X300MM	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	142,50	35,63		
14567074	10555558	23/03/2018	PARAFUSO SEXTAVADO 5/16 18 X 1	Materiais (Valor Informado)	4,00	1.710,00	427,50		
14567074	10555556	23/03/2018	PARAFUSO TAMPAO STAR HEAD 3.5 90118	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	427,50	0,00		
Total do Beneficiário:							14.785,86	2.478,76	

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA

Executor: CENTRO PSICOLOGICO DESENVOLVIMENTO									
14555039	10505722	09/04/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38		
14555039	10505732	10/04/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorarios Nao Medicos	1,00	25,50	6,38		
Executor: INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE SIC LTDA									
14555039	10485610	04/04/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25		
Total do Beneficiário:							136,00	34,01	
Total da Utilização:							15.102,83	2.557,78	

PARCELAMENTO									
Beneficiário	Saldo Anterior	Correção	Acrésc/Deduc.	Desp. Parc.	Parcela	Resultado	Saldo Atual	Parc.Rest.	
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	0,00	0,00	0,00	45,02	14,36	-30,66	30,66	3	
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	0,00	0,00	0,00	2.478,76	790,38	-1.688,38	1.688,38	3	
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	0,00	0,00	0,00	34,01	10,84	-23,17	23,17	3	
Total do Parcelamento:	0,00	0,00	0,00	2.557,78	815,58	-1.742,21	1.742,21		

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Caro (a) Associado (a),
Em cumprimento à Resolução Normativa nº 389, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Informamos o número do seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o de seus dependentes.
O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a construção de uma base nacional de informações, integrando os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no País.

Nome	Número CNS	Data Nascimento	CPF
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	898004113707237	14/03/2007	000.000.000-00
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	706102079401060	05/07/1991	078.499.924-40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	709001868676216	22/12/1955	135.192.394-34
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	700208463223020	27/09/1983	051.075.784-70

Está satisfeito com o serviço oferecido? Conte pra gente! Acesse: www.camed.com.br/pesquisa

A Camed oferece a você o serviço Saúde 24 Horas, com orientações sobre primeiros socorros ou urgência/emergência antes da chegada ao local apropriado para o atendimento, além de atendimento domiciliar com transporte e remoção. Como utilizar? 0800 723 3331 | Saiba mais sobre o serviço no Portal Camed.

**DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO**

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 100001.043125.01

Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230

LIBERDADE

58414-238 - CAMPINA GRANDE (PB)

Pág:1

Competência: 05/2018

ANS nº 38569-7

Lotação : APOSENTADO COM CAPEF

FATURAS

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor	Observação	Contrato	Tipo de Cobrança
14526155	03/05/2018	19/05/2018	53,66	GRUPO FAMILIAR 1100001.43125 MÊS 5/2018		Conta-Corrente
14537897	03/05/2018	19/05/2018	973,40	GRUPO FAMILIAR 1100011.43125 MÊS 5/2018		Conta-Corrente
Total da Fatura:			1.027,06			

MODULOS

Fatura	Beneficiário	Tipo	Valor	Redução %	Bonif.	Vr. Débito
Família Emp						
14537897	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	185,08	0,00	0,00	185,08
14537897	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	269,18	0,00	0,00	269,18
14537897	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	349,31	0,00	0,00	349,31
Total do Módulo:			803,57	0,00		803,57
Saúde 24 Horas sem Base						
14537897	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14537897	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14526155	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
14537897	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	2,46	0,00	0,00	2,46
Total do Módulo:			9,84	0,00		9,84
Taxa para Proteção Financeira						
14537897	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14537897	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
14526155	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	25,68	0,00	0,00	25,68
14537897	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	51,35	0,00	0,00	51,35
Total do Módulo:			179,73	0,00		179,73

UTILIZAÇÃO

Fatura	Guia	Data	Evento	Grau	Qtd.	Custo Serviço	PF Devida
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA							
Executor: CENTRO ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA LTDA							
14537897	10415578	23/03/2018	COAGULOGRAFIA (TS, TC, PROVA DO LACO,	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
14537897	10415578	23/03/2018	CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
14537897	10415578	23/03/2018	GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
14537897	10415578	23/03/2018	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
14537897	10415578	23/03/2018	UREIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clínica	0,00	0,00	0,00
Executor: JOSE EUDISMAR DE QUEIROZ BESSA							
14537897	10449496	23/03/2018	DESBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE	Anestesista	0,00	0,00	0,00
14537897	10449496	23/03/2018	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	Anestesista	0,00	0,00	0,00
14537897	10449496	23/03/2018	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO -	Anestesista	0,00	0,00	0,00
14537897	10449496	23/03/2018	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU	Anestesista	0,00	0,00	0,00
Executor: LUCIANO GUEDES BORGES							
14537897	10462877	22/03/2018	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	Honorários Médicos Clínicos	1,00	33,60	8,40
Executor: ROSSANA FISCHER VERAS MASCENA							
14537897	10475769	05/11/2017	ELETROCOAGULACAO DE LESOES DE PELE E	Cirurgiao	0,00	0,00	0,00
Executor: STEFANO LACERDA DE OLIVEIRA							
14537897	10477230	12/03/2018	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	Honorários Médicos Clínicos	0,00	0,00	0,00
Total do Beneficiário:						33,60	8,40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA							
Executor: CENTRO PSICOLOGICO DESENVOLVIMENTO							
14526155	10425533	12/03/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorários Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14526155	10425543	16/03/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorários Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14526155	10425544	20/03/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorários Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
14526155	10425553	21/03/2018	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR	Honorários Nao Medicos	1,00	25,50	6,38
Total do Beneficiário:						102,00	25,52
Total da Utilização:						135,60	33,92

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Caro (a) Associado (a),

Em cumprimento à Resolução Normativa nº 389, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos o número do seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o de seus dependentes.

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a construção de uma base nacional de informações, integrando os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no País.

Nome	Número CNS	Data Nascimento	CPF
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	898004113707237	14/03/2007	000.000.000-00
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	706102079401060	05/07/1991	078.499.924-40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	709001868676216	22/12/1955	135.192.394-34
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	700208463223020	27/09/1983	051.075.784-70

Está satisfeito com o serviço oferecido? Conte pra gente! Acesse: www.camed.com.br/pesquisa

A Camed oferece a você o serviço Saúde 24 Horas, com orientações sobre primeiros socorros ou urgência/emergência antes da chegada ao local apropriado para o atendimento, além de atendimento domiciliar com transporte e remoção. Como utilizar? 0800 723 3331 | Saiba mais sobre o serviço no Portal Camed.

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAMIA CMP.

UTI MÓVEL

Para: Iuri Loupa

& João Vitor

02/06/2018
Fatura de 100
do dia

22/06/2018
Dr. Luciano Gomes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322

999971-7471

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

C. T. O

3341-2560
W-ESIN

02/08/18

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0015-08
RUA MARTINS JUNIOR, 751, LIBERDADE, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
07891721023965	ALGINAC RETARD 10CPR 1CXx50.29				50.29
Desconto	-11,06				39,23
07896714233833	NEOCOPAN 10/250MG 20CPR 1UNDx14.00				14,00
Desconto	-4,06				9,94
07896641804455	XANTINOL 512 ENV 10CPR 1ENVx2.75				2,75
Desconto	-0,28				2,47
07895296288019	SINETICONA 75MG GTS 15ML NVO 1CXx14.31				14,31
Desconto	-9,32				4,99
QTD. TOTAL DE ITENS					4
VALOR TOTAL R\$					81,35
DESCONTOS R\$					-24,72
ACRÉSCIMOS R\$					5,00
VALOR A PAGAR R\$					61,63
Dinheiro					80,00
TROCO R\$					18,37

EMISSION NORMAL

Número: 195134 Série: 1

Emissão: 27/03/2018 14:58:41 - Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410

2518 0307 2750 3100 1508 6500 1000 1951 3410 1956 4487

Protocolo de Autorização: 325180070807247

Data de autorização: 27/03/2018 14:58:47

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Acrescimo referente a taxa de entrega = R\$ 5,00

MD5: C4667508CA18C2D901F2D88E1A19888E

PV0000606631

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADADA

TORPEDO PREMIADO:

30121899 000000 6163

Trib aprox R\$ 8,29 Fed e 7,06 Est e 0,25 Mun Fo

nte: IBPT H412P7

VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 24,72

Balc: 1653 N.Controle:1152696

Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 14,68

RECIBO

Recebemos do Sr. Iuri Giordano Carvalho de Sousa (vítima de fratura de fêmur em acidente conforme laudo 071-2018), residente na rua Cassiano Pereira, 230, bairro Jardim Paulistano, na cidade de Campina Grande (PB), a importância de R\$ 146,00 (cento e quarenta e seis reais), referente ao aluguel de um par de muletas tipo Axilar, pelo qual firmamos o presente recibo.

Período: 26.03.2018 a 07.06.2018

Campina Grande (PB), 07 de junho de 2018.

Ortopedia Campinense


Maricleide Barbosa Diniz

CNPJ: 01.056.551/0001-30

Rua Pedro II, 119 – Loja 1C – Centro - Campina Grande (PB) – CEP: 58400-062

Telefone: 83 3341-1247 - E-mail: ortopediacampinense@globomail.com

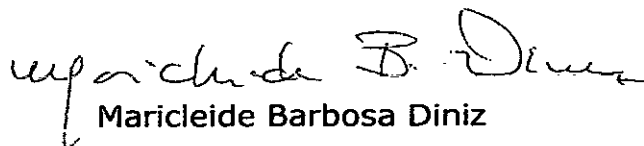
RECIBO

Recebemos do Sr. Iuri Giordano Carvalho de Sousa (vítima de fratura de fêmur em acidente conforme laudo 071-2018), residente na rua Cassiano Pereira, 230, bairro Jardim Paulistano, na cidade de Campina Grande (PB), a importância de R\$ 200,00 (duzentos reais), referente ao aluguel de um par de muletas tipo Canadense, pelo qual firmamos o presente recibo.

Período: 08.06.2018 a 16.09.2018

Campina Grande (PB), 17 de setembro de 2018.

Ortopedia Campinense



Maricleide Barbosa Diniz

CNPJ: 01.056.551/0001-30

Rua Pedro II, 119 – Loja 1C – Centro - Campina Grande (PB) – CEP: 58400-062

Telefone: 83 3341-1247 - E-mail: ortopediacampinense@globomail.com



**CANSADO DE PEDIR REEMBOLSO
DE TÁXI NO TRABALHO?**

CONHEÇA 99TAXIS CORPORATIVO!
<http://99taxis.com/corporativo> • corporativo@99taxis.com • (11) 2305.8200

Recibo de Táxi **OBS. ACIDENTADO CONFORME**
BO 071/2018

Recebi de: LURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

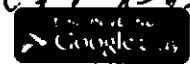
A importância de: QUATORZE REAIS

R\$ 14,00

Placa do Táxi: QFJ 8185

Itinerário de RESIDENCIA a CLINICA CTO

Local e Data: CAMPINA GRANDE, 18 de ABRIL de 2018
CPF 151.371.044-34



Referente à prestação de serviços de táxi.

Assinatura



**CANSADO DE PEDIR REEMBOLSO
DE TÁXI NO TRABALHO?**

CONHEÇA 99TAXIS CORPORATIVO!
<http://99taxis.com/corporativo> • corporativo@99taxis.com • (11) 2305.8200

Recibo de Táxi **OBS. ACIDENTADO CONFORME**
BO 071/2018

Recebi de: LURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

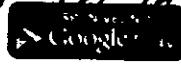
A importância de: QUINZE REAIS

R\$ 15,00

Placa do Táxi: QFJ 8185

Itinerário de CLINICA CTO a RESIDENCIA

Local e Data: CAMPINA GRANDE, 18 de ABRIL de 2018
CPF 151-371.044-34



Referente à prestação de serviços de táxi.

Assinatura

RECIBO

R\$ 40,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 40,00 (quarenta reais), por 02 (dois) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), em 04/abril e 06/abril/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

Campina Grande-PB, 06 de abril de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura: Eliete Lino da Silva

RECIBO

R\$ 60,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 60,00 (sessenta reais), por 03 (três) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), em 09, 11 e 13/abril/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

Campina Grande-PB, 13 de abril de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura: Eliete Lino da Silva

RECIBO

R\$ 100,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 100,00 (cem reais), por 05 (cinco) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), de 16 a 20/abril/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

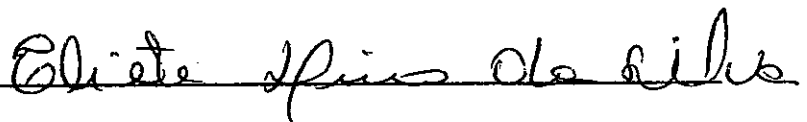
Campina Grande-PB, 20 de abril de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura:



RECIBO

R\$ 100,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 100,00 (cem reais), por 05 (cinco) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), de 23 a 27/abril/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

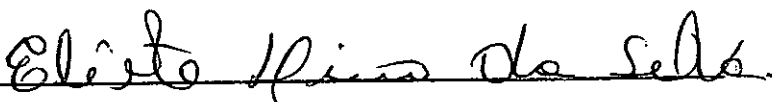
Campina Grande-PB, 27 de abril de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura:



RECIBO

R\$ 80,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 80,00 (oitenta reais), por 04 (quatro) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), em 30/abril e de 02 a 04/maio/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

Campina Grande-PB, 04 de maio de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura: Eliete Lino da Silva

RECIBO

R\$ 40,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 40,00 (quarenta reais), por 02 (dois) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), em 07/maio e 09/maio/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

Campina Grande-PB, 09 de maio de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura: Eliete Lino da Silva

RECIBO

R\$ 40,00

Recebi da Sra. MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA, a quantia de R\$ 40,00 (quarenta reais), por 02 (dois) dias de serviços prestados (R\$ 20,00/dia), em 14/maio e 17/maio/2018, no horário de 13:30 horas às 17:00 horas, como cuidadora de seu filho IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, que se encontra convalescente em decorrência de acidente sofrido, com fraturas de fêmur, conforme Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito número 071-2018, ocorrência de 22/março/2018.

Campina Grande-PB, 17 de maio de 2018.

Nome: ELIETE LINO DA SILVA

RG: 971.286 – SSP-PB

CPF: 020.059.974-71

Assinatura:

Eliete Lino da Silva

ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 22/03/2018

HORA: 18:41:54

2281761

Prontuário 933953	Nome do Paciente IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Nascimento 05/07/1991	Idade 26	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 78.499.924-40	RG 3383005 SSP PB	Grau de Instrução		Profissão		
Filiação	Mãe: MARIA ALICE CARVALHO DE SOUZA	Pai: GILVAN CARVALHO DE SOUZA		Fone Residencial		Fone Trabalho	
Endereço R.CASSIANO PEREIRA,230 - LIBERDADE, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58106105				Complemento Endereço			

Atendimento	Data	Hora	Setor
2281761	22/03/2018	15:35	3008-SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento
5-INTERNACAO CIRURGICA

Médico Atendente
1716-LUCIANO GUEDES BORGES

Motivo Atendimento
4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio
18-CAMED-SAUDE/1-CAMED-

Nº Carteira
1000110431250904

Validade
30/08/2020

Nº CNS

Posto

Acomodação

Leito

Guia

INTERNACAO

Procedimento

99986666 INTERNACAO

933953

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
Endereço: R CASSIANO PEREIRA, 230 Bairro LIBERDADE, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 30632514

CAMPINA GRANDE, 22 de Março de 2018

P/ Lucélia
POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 23/03/18
COXA
Júlio dos Santos
TÉC EM RADIOLOGIA
CRTN nº 00614 T

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

K. CAIXA DE PESSOAS - LA BARRA, C. 10. 10
NOTA DE SALA Nº 043965 16 anos

PACIENTE: Luiz Guilherme Carvalho de Souza
CONVÊNIO: Carmed-Saúde SUS ☐ PRONTUÁRIO: 93353-2281761 DATA: 23 / 03 / 18
CIRURGIA: Osteomielite de Fêmur
CIRURGIÃO: Dr.º Luciano Guedes AUXILIAR: Raíssa
AUXILIAR: Dr.º Eudimmon
CIRCULANTE: Dr.º M. de Oliveira SALA: 08 HORÁRIO: INÍCIO: 14:20 FINAL: 16:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	03
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	01
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	02
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154866	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	01
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69908	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69839	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2mg
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	02
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
40442	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	06
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	09
	ATADURA CREPON Nº 13	04
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	06
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	Ban
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	15P
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 27	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	
40126	LUVAS 7.5	05
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	40cm
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	05
3689	SERINGA DE 10cc	09
3697	SERINGA DE 20cc	04
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	01
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FCS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CIA Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
1440	CROMADO CIA Nº 7-0	02
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
1450	MONONYLON Nº 20	03
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
COD.	SOLUCES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	Bml
304000	CLOREXIDINA	Alcool 100ml
2831	ÉTER	50ml
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITAIS	QUANT.
	APARELHOS	100ml
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	100
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	100
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	100
	NITROGÊNIO	
	OXÍDIO NITROSO	
	OXIGÊNIO	24h
	OXÍMETRO DE PULSON	100
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	02
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	CUTROS	QUANT.
	Luva de procedimento	03P
	Luva de exame	01
	Luva de toque	01
	Luva de bloqueio	01
	chamux	01

COD	FLOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº 3,10 193 300	
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
COD.	SOLUCOES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	3 can
304000	CLOREXIDINA Degerman 100	
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITA-ARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO = 30 min	
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO = 2.1 litro 30 min	
	OXÍMETRO DE PULSON = 30 min	
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63661	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml =	1000 ml
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	500
134489	VOLUMEN 6%	
COD	OU-TROS	QUANT.
	NU-meraria Remada	
	5000 fisiológico por	
	700ml 193 300	
	2.1 litro	
	0.5 litro de 5.1 litro	

NOME: _____

CONVÊNIO: CAMED IDADE: 68 anos SEXO: ☒ M ☐ F

NÚMERO DA CARTEIRA:

GUIA DE INTERNAÇÃO:

SENHA:

DATA DE NASCIMENTO: _____

INÍCIO: 16h
TERMINO: 16h30
HORÁRIO ESPECIAL:
☐ SIM ☐ NÃO

CIRURGIA

☐ ELETIVA ☒ ~~URGÊNCIA~~

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA:
22.03.18

AGENT

	Adrenalina
	Atropina
	Bextra
	Bupivacaina Isobarb
	Bupivocaina Hiperb
	Bupivacaina %
	Cipro
	Clexane
	Decadron
	Dipirona
	Diprivan
	Diprivan PFS
	Dobutrex
	Dormonid 15mg
	Efedrina
	Esmeron
	Fentanil
	Flagyl
	Forane
	Helotano
	Hidrocortisona
	Hypnomidade
	Kefazol
	Keflin
	Ketalar
	Lasix
	Liquemine
	Mothergin
	Morfina 0,2mg
	Narcan
	Naparin
	Nimbium
	Niprid
	Noradrenalina
	Norcuron
	Ocitolcna
	Pavulon
	Plasli
	Profenid
	Prostigmine
	Queliclin
	Rapfen
	Revivane
	Sevorane
	Sufenta
	Tilatil
	Tactrium (Atracúri
	Ultiva
	Vallium
	Xylocaina 2
	Xylonalna Hiperb
	Xylocaina Spray
	Zofran
	Água Destilada -
	Água Destilada -
	S. Fisiológico
	S. Glicosado
	S. de Ringer
	C. Hemacia
	Plasma
	Oxigênio (L/MIN)
	N ² O (L/MIN)
	Ar Medicinal (L/M
	Co ₂ (L/MIN)
	MATERIAL DE
	Aquecedor RAN
	Agulha Peridura
	Agulha Raqui P
	Agulha Stimupl
	Cal Sodade pig
	Cateter Epidura
	Cateter Nasal ti
	Cateter Venoso
DOS	Eletrodo ECG
	Equipo de Sorc
	Equipo Perfusor
	Filtro Higrobak
	Guedel
	Mania Térmica
	Equipo bomba
	Equipo bomba
	Máscara Larín
	Tubo Aramado

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Instrumentador(a)

Procedimientos Realizados:

Códigos

Horário ➡

AGENTES	OXIGENIO	
	N ₂ O / AR	
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICAS	1500 ml
	SOL. DE RINGER	1500 ml
	CONC. HEMACIAS	
MONITOREO	ECG	RS RS RS RS RS RS
	SpO ₂	95 96 97 98 97 97
	EtCO ₂	
	DIURÉSIS	

TORNQUETE Tempo →

LOCAL: _____

Pulso ●

PA V

PA A

PA T

TEM ▲

PVC △

Inicio Anest. X

Inicio Cirur. ○

Término Cirur. ⊗

180

150

120

90

60

30

RESP	ESP	ASS	CONT
○			
1)	Forbainy pinner	2)	1/10 of 100
2)	Donmushy Snp	B)	1/10 of 100
3)	Nip via 12mm		

TÉCNICA ANESTÉSICA		INDUÇÃO		INTUBAÇÃO TUBO Nº		ANESTESIA REGIONAL		ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO		EQUIPAMENTOS UTILIZADOS			
☐	Inalatória	☐	Oral	☐	Peridural	☐	P Braqui/Cervical	☒	Mediana	☐	Paramediana	☐	Aspirador	☐	Barata
☐	Venosa	☐	Nasal	☒	Raqui-anestesia	☐	Supraclavicular	☒	Sentada			☐	ECG	☐	Bls
☐	MANUTENÇÃO	☐	C/Balão	☐	Epidural Sacra	☐	Interescapênico	☒	Ul	☐	D	☐	Oxímetro	☐	Pa Inva
☐	Inalatória	☐	S/Balão	☐	N. Periférico	☐	Axilar	☐	LOCAL	☐	E	☐	VNI	☐	Capnô
☐	Venosa	☐	Aramado	☐	Simplex	☐	Venosa Regional	☐	LOCAL	☐		☐	Bomba de Infusão	☐	
☐	Sob Máscara	☐	Duplo Lúmen	☐	Continua	☐	Injeção	☐	CALIBRE	☐		☐	Ventilação Mecânica	☐	
☐	Máscara Laríngea	☐	Traqueostomia	☐	Catéter nº	☐	Sedação	☐	TIPO	☐		☐		☐	

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil acesso venoso: ☐ SIM ☐ NÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ATRIBUIÇÃO: LIG. AGRICULT. E TÉCNICA - LIG. AGRICULT. - DRENAGEM - SIF. TURA - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- VIA DE ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MAT. EMPREGADA - ASPECTO - VICERAS
- 1) Análise + Antissepsia ouvidos
 - 2) Curativos
 - 3) Coleções da Carga
 - 4) Trocas no nariz E
 - 5) Alterações ligamentares
 - 6) Desbridamento da Leitura
 - 7) Orelhas E
 - 8) Desbridamento de Leitura
 - 9) Curativos E
 - 10) Sutura de orelhas permanentes
 - 11) Curativos E

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ANA C. CARVALHO

ALIA:

LEITO:

CONVÊNIO:

Unimed

DIAGNÓSTICO:

POBRESSEZIMOS

DATA:

22/03/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) Difenidramina

2) Betapexol EV

3) Celestano - 0,5g
4x/dia

4) Difenidramina - 0,5g
4x/dia

5) Difenidramina - 0,5g
4x/dia

6) Difenidramina - 0,5g
4x/dia

7) Celestano - 0,5g
4x/dia

8) Celestano - 0,5g
4x/dia

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNOADO PARA
CIRURGIA DE CRANIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NCIME:

YVAN B. DE JESUS

ALIA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DDT - TUBERCULOSE

DATA:

23/03/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

2 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

3 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

4 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

5 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

6 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

7 Dil. E. 1000 ml EV
dia 1/12

EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente em estado de saúde satisfatório

[Signature]

Dr. Roberto Gomes de
Melo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME:

NAME: JUNE GRANT

Ala:

COLT:

CONCLUSIONS:

DIAGNÓSTICO:

CONFIDENTIAL

DATA:

DATA: 220318

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

W. G. & C. G. G. G.

I like them and I

③ 12-12-1962 - 217
15.6 1181

(4) Field Col 20-010
21121
21

1919
666
D

① Forwarded to. 20. 20
Fr. V. 12/1/12

D. A. Brown 18. Apr. 1968

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. D. P. Brown
K'85 E
K'85 E

U.S. State Department
Office of the Director
Office of the Chief of Mission
Office of the Chief of Mission
Office of the Chief of Mission



NCIME:

Al-A:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

IMEDICAMENTOS

HORÁRIO

④ Draco Vivere

② f.) $\log$ und $\exp$

→ Cyrtosira sp. n.

④ Bilal 40 - okay CV
27/12

① Disarm-Jas EV
16/68

① Darsyprojol 4/10 - Shan
B.V. 11/10/20

① $\text{Ceraist} \rightarrow \text{Ceraist}$

② REMOVAL OF PROTEIN

EVOLUÇÃO MÉDICA

2^o D. P. V. Examinado Bem. 17/8/50
E. Medeiros

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-PTOT 5322

HOSPITAL
AN. JNIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1	Difenidramina								
2	Difenidramina - 10mg	10							
3	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
4	Difenidramina 40 - 01	16							
5	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
6	Difenidramina 40 - 01	16							
7	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
8	Difenidramina 40 - 01	16							
9	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
10	Difenidramina 40 - 01	16							
11	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
12	Difenidramina 40 - 01	16							
13	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
14	Difenidramina 40 - 01	16							
15	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
16	Difenidramina 40 - 01	16							
17	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
18	Difenidramina 40 - 01	16							
19	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
20	Difenidramina 40 - 01	16							
21	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
22	Difenidramina 40 - 01	16							
23	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
24	Difenidramina 40 - 01	16							
25	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
26	Difenidramina 40 - 01	16							
27	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
28	Difenidramina 40 - 01	16							
29	Difenidramina - 10mg	10	16			22	04		
30	Difenidramina 40 - 01	16							

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322

EVOLUÇÃO MÉDICA

B- D.O.O. Examinado com
vítima e examinadoDr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322

17/11/18 ATUA 1748977777

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: JURY

ALA: Luciano do

LEITO: 58

MÉDICO:

IDADE:

DATA: 22/03/2018

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente em PDI, recio de EC, acompanhado por familiar, com hidratação venosa, usou os cuidados da Enfermagem.

Maria Elisabete da Silva
Técnica de Enfermagem
e Hemodialise
COREN-PB 440543



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Syru

6

IDADE:

ALA:

11

LEITO:

MÉDICO:

DATA:

24/03/18

MANHÃ

Paciente evolui mantendo quadro estável
segundo observação de manhã, sem
curativos.

Marcelino Nascimento da Silva
Técnicos de Enfermagem
COREN-PB 881.294

TARDE

Paciente evolui estável, consciente,
orientada afebril; eufórica, em evolução,
aceita a dieta; diurese presente; medicada
segundo cuidados da enfermagem.

Marcelino Nascimento da Silva
Técnicos de Enfermagem
COREN-PB 881.294

NOITE

Pac. evolui estável, consciente, m.c.p. a 1000
5500, diurese presente, aceitando dieta, sem
queixas no presente.

R



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Muri Giordano Barbalho de Azevedo IDADE: 37
AL: 1,60m LEITO: 57 MÉDICO:

DATA: 26 / 03 / 18

MANHA

Paciente evolui estável sem alterações
comente orientado. segue med. apr. sup-
neia normotensa. Del cuidados da
enfermagem.

Eliane da Silva Porto
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 621979

TARDE

Paciente evolui estável, consciente,
orientado, aférril. Exame físico, em
v. med. a. dita, diurese
presente, mediado a. m. segue aos
cuidados da enfermagem.

Marcelina Nascimento da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 881.294

NOITE

Pac. segue sem queixas n.o.p. comente
exame físico, diurese presente, e alto
falso para manhã 27.03. segue aos cuidados


**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

 2- Nº Guia no Prestador **53605829**

1- Registro ANS ANS - nº 38569-7	3- Número da Guia Referenciada 53464265	4- Senha 536058296	5- Data da Autorização 18/04/2018	6- Número da Guia Atribuído pela Operadora 53605829
--	---	------------------------------	---	---

7- Número da Carteira 1000110431250904	8- Nome LURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
--	---

9- Nome do Profissional Solicitante LUCIANO GUEDES BORGES	10- Telefone	11- E-mail
---	--------------	------------

12- Justificativa Técnica

13- Tabeta	14- Código do Material	15- Descrição	16- Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
21- Registro ANVISA do Material	22- Referência do material no fabricante	23- Nº Autorização de Funcionamento					
19	7.02.45.649	FIO DE KIRSCHNER 2.0X300MM		1	150,00	1	142,50
19	7.07.91.260	PARAFUSO SEXTAVADO 5/16 18 X 1		4	450,00	4	427,50
00	0.83.64.9425	COMPONENTE HASTE FEMORAL /TIBIAL RETA		1	5.500,00	1	5.225,00
19	7.09.11.274	PARAFUSO TAPAO STAR HEAD 3.5 90118		1	450,00	1	427,50

24- Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26- Data da Solicitação 18/04/2018	27- Assinatura do Profissional Solicitante	28- Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	--

Juri, Giordano Carvalho SOUZA

933953

05/07/1991

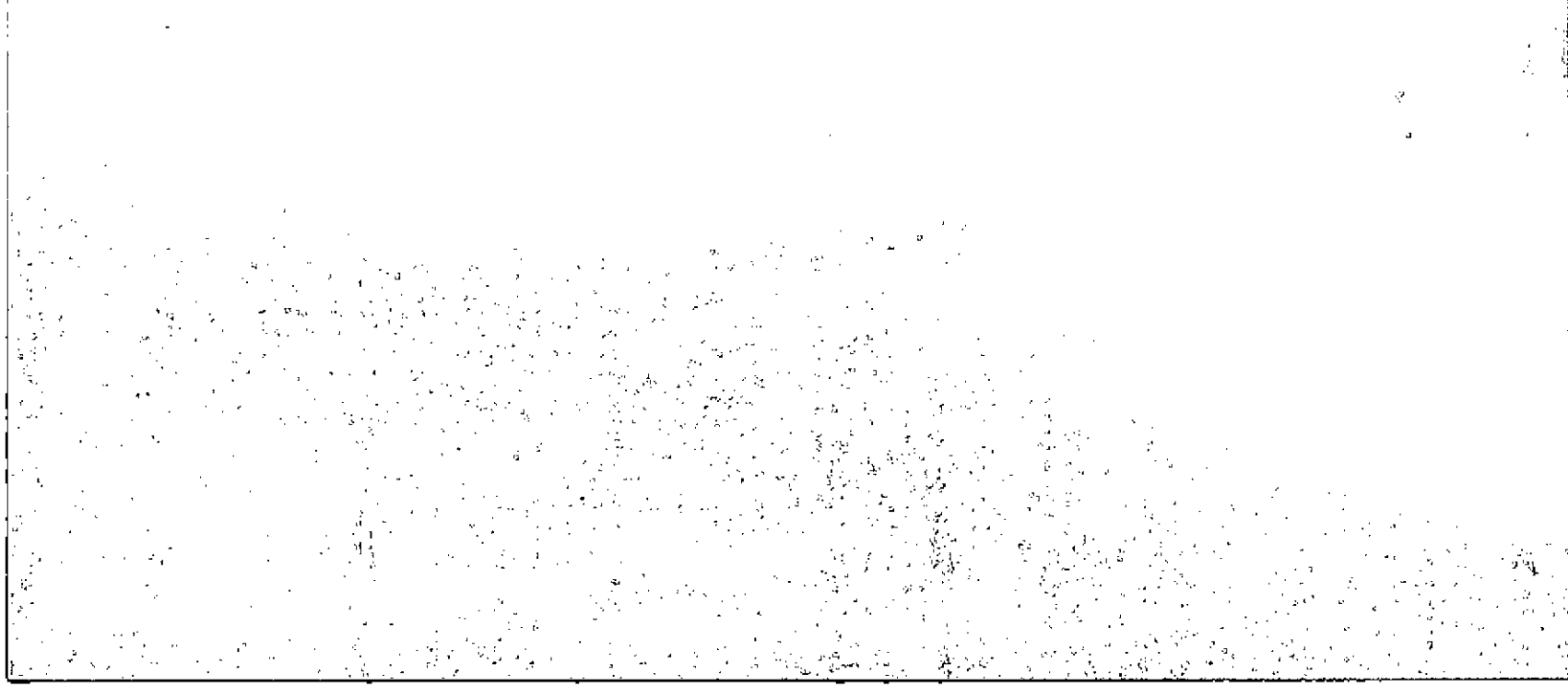
26 YEAR

M

HOSPITAL ANTONIO MARGINO

UNKNOWN

23/03/2018 20:35:35



S: 5153

C: 511

W: 993

Mr, Giordano Carvalho SOUZA
983953
05/07/1991

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

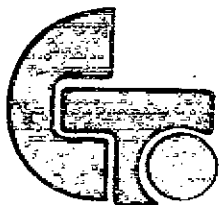
25-YEAR

29/09/2019-20-29-20

E

S: 2302
C: 535
W: 1042

RM: 2



CTO

Clínica de Trauma
e Ortopedia

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
CRM - PB 6326 / TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Laudo Medico

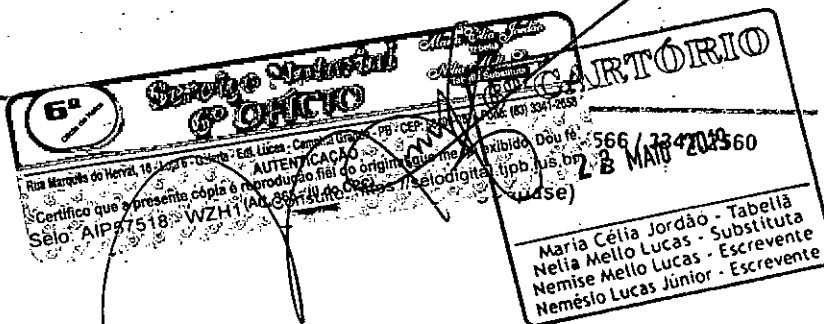
Paciente Iuri Giodano Carvalho de Souza
Vitima de acidente de moto em, 23/03/2018
portador de fratura segmentar de fêmur
direito com haste intramedular bloqueada,
no momento o mesmo encontra-se de alta
ambulatorial porem com encurtamento de
1,8cm.

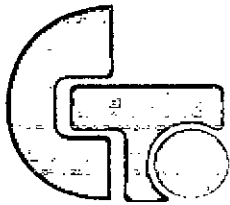
CID-S72.7

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451 TEOT 5322

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM-(3451)

Campina Grande, 20/03/2019





CTO

Clínica de Trauma
e Ortopedia

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Paciente: Irineu G. de Jesus

Solicito

*FISIOTERAPIA
ORTOPÉDICA - 30 dias*

*17-D-OSTEOMIOMIOMA DE
GRATUNA COMINATIVA
DE FEMUR EDO COM
TRADE BLOQUEADA -*

18.04.18
Dr. Luciano Guedes Borges
CRM 3451 TEOT 5322

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - 83.200-000
CEP: 58400-396
(Em frente a

6ª

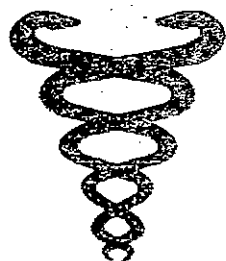
6º OFICINA

Autenticação digital
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 265 - III, II, § 1º, da Lei nº 11.127/2005 - Lei do Selo Digital)

Selo: AIP57520 - 9REK

22 MAIO 2019

Maria Célia Jordão - Tabeliã
Nelia Mello Lucas - Substituta
Nemise Mello Lucas - Escrevente
Nemésio Lucas Júnior - Escrevente



Dr. Gabriel Barreto Antonino
CREFITO: 240785-F
Fisioterapeuta
Mestrando em Fisioterapia
Quiroprata

RECIBO DE PAGAMENTO

Eu, **GABRIEL BARRETO ANTONINO**, portador do **CREFITO nº 240758-F**, recebi de **IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA** portador do **RG nº 3383005 SSP-PB** e **CPF nº 078.499.924-40** a importância de **R\$ 1620,00** (mil seiscentos e vinte reais), referente a 18 sessões de fisioterapia realizadas no período de 29 de março de 2018 a 16 de julho de 2018.

Dr. Gabriel Barreto Antonino
Fisioterapeuta
CREFITO 240785 - F

Dr. Gabriel Barreto Antonino
CREFITO 240785-F





DEMONSTRATIVO DE MENSALIDADES, TAXAS E COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 100001.043125.01

Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230

LIBERDADE

58414-238 - CAMPINA GRANDE (PB)

Pág:1

Competência: 01/2019

ANS nº 38569-7

Lotação : APOSENTADO COM CAPEF

FATURAS

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor	Observação	Contrato	Tipo de Cobrança
14795709	31/07/2018	19/01/2019	40,78	Compl.de contrib. ref.a fev/18 a jun/18-parc 6/10		Conta-Corrente
14907119	31/07/2018	19/01/2019	11,06	Compl.de mensal. ref. a fev/18 a jun/18 Parc 6/10		Conta-Corrente
15060881	09/01/2019	19/01/2019	50,00	GRUPO FAMILIAR 1100001.43125 MÊS 1/2019		Conta-Corrente
15072519	09/01/2019	19/01/2019	2.104,69	GRUPO FAMILIAR 1100011.43125 MÊS 1/2019		Conta-Corrente
15078280	09/01/2019	19/01/2019	4,27	RESULT. PARCEL. 1100001.43125 - MÊS 1/2019		Conta-Corrente
15078281	09/01/2019	19/01/2019	-307,43	RESULT. PARCEL. 1100011.43125 - MÊS 1/2019		Conta-Corrente
Total da Fatura:			1.903,37			

MÓDULOS

Fatura	Beneficiário	Tipo	Valor	Redução % Bonif.	Vr. Débito
Família Emp					
15072518	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	193,97	0,00 0,00	193,97
14907119	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Compl. Mensal.	2,55	0,00 0,00	2,55
15072518	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	282,11	0,00 0,00	282,11
14907119	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	3,70	0,00 0,00	3,70
15072519	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	366,10	0,00 0,00	366,10
14907119	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	4,81	0,00 0,00	4,81
Total do Módulo:			853,24	0,00	853,24
Natural Emp					
14795709	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Contribuição	40,78	0,00 0,00	40,78
Total do Módulo:			40,78	0,00	40,78
Taxa para Proteção Financeira					
15072519	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	54,86	0,00 0,00	54,86
15072519	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	54,86	0,00 0,00	54,86
15060881	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	29,19	0,00 0,00	29,19
15072519	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	54,86	0,00 0,00	54,86
Total do Módulo:			193,77	0,00	193,77

UTILIZAÇÃO

Fatura	Guia	Data	Evento	Tipo de Evento	Qtd.	Custo Serviço	PF Devida
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA							
Executor: ANTONIO HARRISON SARMENTO COSTA							
15072519	11051294	12/11/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	80,00	20,00
Executor: INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE S/C LTDA							
15072519	11035825	14/11/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	86,70	21,68
Executor: LUCIANO GUEDES BORGES							
15072519	11096105	26/09/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
15072519	11096110	26/09/2018	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	Exames-Radiologia	1,00	23,10	0,00
15072519	11096106	31/10/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
Executor: OSTEON CLINICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA							
15072519	11064519	08/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	0,00	0,00	0,00
15072519	11064520	12/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	0,00	0,00	0,00
15072519	11064524	28/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	0,00	0,00	0,00
Total do Beneficiário:						359,80	84,18
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA							
Executor: CLINICA DE DERMATOLOGIA E CARDIOLOGIA LTDA							
15060881	11082404	20/11/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	83,23	20,81
Total do Beneficiário:						83,23	20,81
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA							
Executor: CTO-CL DE TRAUMA E ORTOPEDIA LTDA							
15072519	11096104	20/09/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
15072519	11096108	01/11/2018	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	85,00	21,25
Executor: VALTH MENEZES GUIMARAES							
15072519	11096111	01/11/2018	RX - JOELHO	Exames-Radiologia	1,00	19,80	4,95
Executor: VANESSA SILVEIRA GOMES							
15072519	11082440	18/10/2018	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO,	Anestesiista	1,00	944,50	236,13
15072519	11082440	18/10/2018	RECONSTRUCAO, RETENCONAMENTO OU	Anestesiista	1,00	1.995,96	498,99
15072519	11082440	18/10/2018	SINOECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL -	Anestesiista	1,00	462,34	115,59
15072519	11082440	18/10/2018	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO -	Anestesiista	1,00	462,34	115,59
Total do Beneficiário:						4.054,94	1.013,76
Total da Utilização:						4.497,97	1.118,74

PARCELAMENTO

Beneficiário	Saldo Anterior	Correção	Acrésc/Deduc.	Desp. Parc.	Parcela	Resultado	Saldo Atual	Parc.Rest.
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	7,73	0,03	0,00	84,18	52,38	-31,80	39,56	1
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	13,86	0,09	9,27	20,81	25,08	4,27	18,95	1
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	280,92	1,04	0,00	1.013,75	738,12	-275,63	557,59	1
Total do Parcelamento:								
	302,51	1,16	9,27	1.118,74	815,58	-303,16	616,10	

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Caro (a) Associado (a),

Em cumprimento à Resolução Normativa nº 389, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos o número do seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o de seus dependentes.

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a construção de uma base nacional de informações, integrando os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no País.

Nome	Número CNS	Data Nascimento	CPF
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	898004113707237	14/03/2007	147.434.084-90
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	706102079401060	05/07/1991	078.499.924-40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	709001868676216	22/12/1955	135.192.394-34
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	700208463223020	27/09/1983	051.075.784-70

Está satisfeito com o serviço oferecido? Conte pra gente! Acesse: www.camed.com.br/pesquisa

A Camed oferece a você o serviço Saúde 24 Horas, com orientações sobre primeiros socorros ou urgência/emergência antes da chegada ao local apropriado para o atendimento, além de atendimento domiciliar com transporte e remoção. Como utilizar? 0800 723 3331 | Saiba mais sobre o serviço no Portal Camed.

Conforme amplamente divulgado, a Camed procedeu com o ajuste anual no mês de Janeiro/2019 nas mensalidades de dependentes dos Planos Natural e Família no percentual de 2%. Para o Fundo de Proteção Financeira as taxas foram majoradas em R\$3,51.

A taxa Saúde 24 horas foi extinta sendo absorvida pelas atuais contribuições/mensalidades, sem prejuízo da continuidade dos serviços exatamente como prestados atualmente.



DEMONSTRATIVO DE REVISÃO DE PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 10000104312501
Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230 Pág:1
LIBERDADE
58414-238 - CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

ANS nº 38569-7

Competência: 02/2019

Apresentamos abaixo movimentação(ões) financeira(s) referente(s) a sua participação Financeira na(s) despesa(s) de atendimento(s) ao(s) beneficiário(s) abaixo, referente a acertos de pagamento da rede de prestadores de serviços. Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas por meio da Gerência de Atendimento e Assistência a Saúde através do telefone: 08007047886.

Fatura: 15088019 Vencimento: 19/02/2019

Beneficiário: 10001104312509 - IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Guia	Atendimento	Evento	D/C	Part. Financeira Revisada
11064519	08/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE	D	4,42
11064520	12/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE	D	4,42
11064524	28/11/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE	D	4,42

(*)Total do Débito em 19/02/2019: 13,26

(*) Caso V.Sa. possua Parcelamento de Participação Financeira, os valores a serem debitados e/ou creditados serão ajustados no saldo remanescente obedecidas as regras em vigor para o parcelamento.

Remetente :
CAMED SAUDE
AVENIDA SANTOS DUMONT, 782 - CENTRO
60150-160 - FORTALEZA - CE



DEMONSTRATIVO DE MENSALIDADES, TAXAS E COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA Beneficiário: 100001.043125.01

Endereço: RUA CASSIANO PEREIRA, 230

LIBERDADE

58414-238 - CAMPINA GRANDE (PB)

Pág:1

Competência: 03/2019

Lotação : APOSENTADO COM CAPEF

ANS nº 38569-7

FATURAS

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor	Observação	Contrato	Tipo de Cobrança
14795711	31/07/2018	19/03/2019	40,78	Compl.de contrib. ref.a fev/18 a jun/18-parc 8/10		Conta-Corrente
14907121	31/07/2018	19/03/2019	11,06	Compl.de mensal. ref. a fev/18 a jun/18 Parc 8/10		Conta-Corrente
15117927	01/03/2019	19/03/2019	78,65	GRUPO FAMILIAR 1100001.43125 MÊS 3/2019		Conta-Corrente
15129716	01/03/2019	19/03/2019	1.453,43	GRUPO FAMILIAR 1100011.43125 MÊS 3/2019		Conta-Corrente
Total da Fatura:			1.583,92			

MÓDULOS

Fatura	Beneficiário	Tipo	Valor	Redução% Bonif.	Vr. Débito
Família Emp					
15129716	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	193,97	0,00	193,97
14907121	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Compl. Mensal.	2,55	0,00	2,55
15129716	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	282,11	0,00	282,11
14907121	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	3,70	0,00	3,70
15129716	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	366,10	0,00	366,10
14907121	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Compl. Mensal.	4,81	0,00	4,81
Total do Módulo:			853,24	0,00	853,24
Natural Emp					
14795711	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Contribuição	40,78	0,00	40,78
Total do Módulo:			40,78	0,00	40,78
Taxa para Proteção Financeira					
15129716	HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	Mensalidade	54,86	0,00	54,86
15129716	IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	54,86	0,00	54,86
15117927	MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	Mensalidade	29,19	0,00	29,19
15129716	PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	Mensalidade	54,86	0,00	54,86
Total do Módulo:			193,77	0,00	193,77

UTILIZAÇÃO

Fatura	Guia	Data	Evento	Tipo de Evento	Qtd.	Custo Serviço	PF Devida
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA							
Executor : ANDREY LEAL WANDERLEY							
15129716	11214485	11/01/2019	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	81,60	20,40
Executor : HOSP SANTA JOANA-HOSP ASSOC DE PE LTDA							
15129716	11226849	29/01/2019	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	Pacote Clinico	1,00	231,10	57,78
Executor : MANUEL RODRIGUES NETO							
15129716	11216695	02/01/2019	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	61,20	15,30
15129716	11216695	02/01/2019	FRATURA DE OSSO DO PE - TRATAMENTO	Cirurgiao	1,00	36,29	9,07
Executor : OSTEON CLINICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA							
15129716	11166859	10/12/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	1,00	17,69	4,42
15129716	11166861	11/12/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	1,00	17,69	4,42
15129716	11166863	12/12/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	1,00	17,69	4,42
15129716	11166866	17/12/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	1,00	17,69	4,42
15129716	11166868	18/12/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO	Honorarios Nao Medicos	1,00	17,69	4,42
Executor : PRONTO SOC FRATURAS DE CAMPINA GRANDE							
15129716	11214493	11/01/2019	RX - PE OU PODODACTILO	Exames-Radiologia	1,00	38,90	9,73
Total do Beneficiário:						537,54	134,38
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA							
Executor : INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE S/C LTDA							
15117927	11209324	16/01/2019	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO	Honorarios Medicos Clinicos	1,00	88,70	21,68
Executor : MARILIA BARBOSA PESSOA FERREIRA							
15117927	11237916	29/01/2019	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	Odontologia	1,00	34,26	8,57
15117927	11237916	29/01/2019	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	Odontologia	1,00	9,04	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR INFERIOR DIREITO	1,00	24,52	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR SUPERIOR DIREITO	1,00	24,52	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE ANTERIOR SUPERIOR	1,00	24,52	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR INFERIOR ESQUERDO	1,00	24,52	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE ANTERIOR INFERIOR	1,00	24,52	0,00
15117927	11237916	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR SUPERIOR ESQUERDO	1,00	24,52	0,00
Executor : PROMEDICA-CL ANALISES MEDICAS LTDA							
15117927	11174845	18/01/2019	CALCIO IONICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	13,07	3,27
15117927	11174844	18/01/2019	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS	Exames-Patologia Clinica	1,00	10,53	2,83
15117927	11174845	18/01/2019	POTASSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	4,75	1,19
15117927	11174844	18/01/2019	PROTEINA C REATIVA, QUANTITATIVA -	Exames-Patologia Clinica	1,00	26,29	6,57
15117927	11174845	18/01/2019	SODIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Exames-Patologia Clinica	1,00	4,75	1,19
15117927	11174844	18/01/2019	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO	Exames-Patologia Clinica	1,00	8,73	2,18
15117927	11174844	18/01/2019	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO	Exames-Patologia Clinica	1,00	8,73	2,18
Total do Beneficiário:						353,87	49,48
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA							
Executor : MARILIA BARBOSA PESSOA FERREIRA							
15129716	11237915	29/01/2019	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	Odontologia	1,00	34,26	8,57
15129716	11237915	29/01/2019	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	Odontologia	1,00	9,04	0,00

Continuação: Demonstrativo de Mensalidades, Taxas e Coparticipação Financeira - MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA - Competência: 03/2019							Pág: 2
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR INFERIOR ESQUERDO	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR SUPERIOR DIREITO	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE ANTERIOR SUPERIOR	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR SUPERIOR ESQUERDO	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE ANTERIOR INFERIOR	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SEXTANTE POSTERIOR INFERIOR DIREITO	1,00	24,52	0,00
15129716	11237915	29/01/2019	RESTAURACAO EM RESINA	DENTE 36 - FACES MO	1,00	75,07	18,77
Executor : PE - IMPLANTES - COMERCIO DE IMPLANTES							
15129716	11209632	18/10/2018	0042011-020 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA	TMateriais Especiais (Valor Informado)	1,00	1.350,00	184,95
15129716	11209632	18/10/2018	ENDOBUTTON (ENDOBOTON)	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	1.500,00	0,00
15129716	11209632	18/10/2018	EQUIPO PARA BOMBA RAZEK	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	456,50	0,00
15129716	11209632	18/10/2018	FIO GUIA 4 FUIROS PONTA BROCA F4FB2 4350 -	Materiais (Valor Informado)	2,00	230,00	0,00
15129716	11209632	18/10/2018	GRAMPO DE BLOUNT DE LIGAMENTO - IOL	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	400,00	100,00
15129716	11209632	18/10/2018	LAMINA DE SHAVER	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	500,00	0,00
15129716	11209632	18/10/2018	MATERIAIS ESPECIAIS	Materiais Especiais (Valor Informado)	1,00	4.000,00	0,00
Total do Beneficiário:						8.701,89	312,29
Total da Utilização:						9.593,50	496,13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Caro (a) Associado (a),

Em cumprimento à Resolução Normativa nº 389, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos o número do seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o de seus dependentes.

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a construção de uma base nacional de informações, integrando os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no País.

Nome	Número CNS	Data Nascimento	CPF
HEITOR QUENNEL CRUZ CARVALHO	898004113707237	14/03/2007	147.434.084-90
IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA	706102079401060	05/07/1991	078.499.924-40
MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA	709001868676216	22/12/1955	135.192.394-34
PABLO DIOGENES CARVALHO DE SOUZA	700208463223020	27/09/1983	051.075.784-70

Está satisfeito com o serviço oferecido? Conte pra gente! Acesse: www.camed.com.br/pesquisa

A Camed oferece a você o serviço Saúde 24 Horas, com orientações sobre primeiros socorros ou urgência/emergência antes da chegada ao local apropriado para o atendimento, além de atendimento domiciliar com transporte e remoção. Como utilizar? 0800 723 3331 | Saiba mais sobre o serviço no Portal Camed.

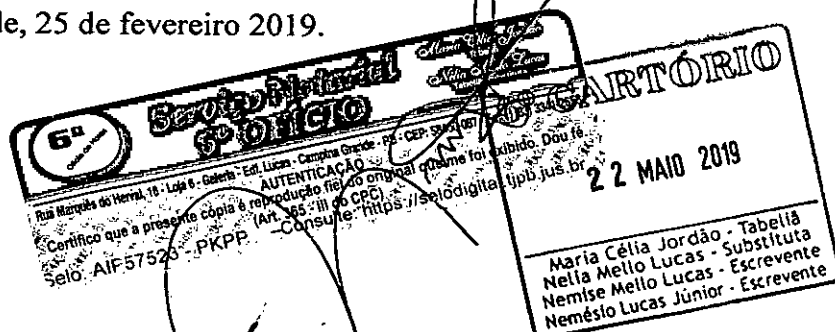
A taxa Saúde 24 horas foi extinta em janeiro/2019, sendo absorvida pelas atuais contribuições/mensalidades, sem prejuízo da continuidade dos serviços exatamente como prestados atualmente.

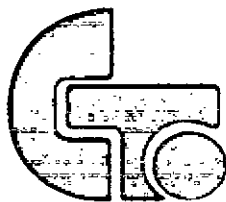
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA que esteve em tratamento fisioterápico no período da tarde para reabilitação pós-operatório de fratura fêmur esquerdo realizada no mês de dezembro de 2018, totalizando 12(doze) sessões de fisioterapia. Estando o mesmo sob minha responsabilidade profissional para tal firmo o presente.


KECIA CRUZ DANTAS MOTTA
CREFITO 28012-F

Campina Grande, 25 de fevereiro 2019.





CTO

Clínica de Trauma
e Ortopedia

LAUDO MEDICO

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
CRM - PB 6326 / TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

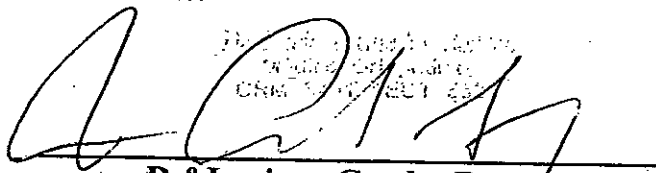
Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

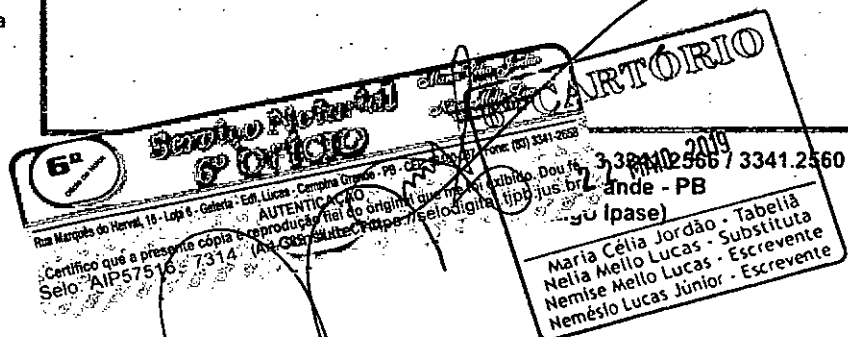
Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Paciente **IURI GIORDANO
CARVALHO DE SOUZA** foi submetido
a osteossíntese de fratura segmentar de
fêmur esquerdo há mais ou menos 5
meses.

CID- S72.7


Drº Luciano Guedes Borges
CRM (3451)

Campina Grande, 29 de agosto de 2018.



Nome: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

ID: 0001533000

Médico: Dr(a) LUCIANO GUEDES BORGES

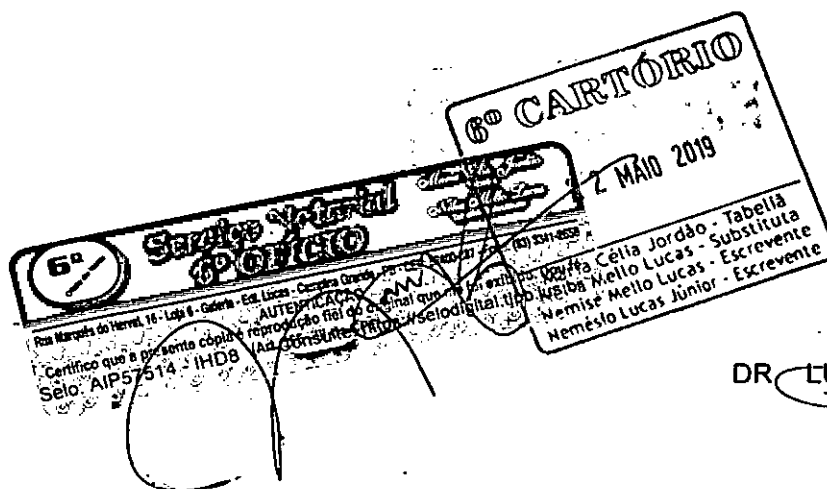
Data: 23/08/2018

Exame: RX ESCANOMETRIA

0070888119

- ✓ A escanometria mostra o membro inferior esquerdo 1.5 cm mais curto do que o direito.
- ✓ Fratura cominutiva do fêmur esquerdo, com osteossíntese de fixação intramedular.

rp



DR. LUCIANO WANDERLEY
RADIOLOGISTA
CRM-PB 932

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clínica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

CLINICA DE WANDER
CHEST, COLONIA
23/08/2018 17:20
007088

REGISTRO CARMINO DE SOUTO
9011535000
23/07/1991
27 YEARS

923,15mm

908,15mm





CTO

**Clínica de Trauma
e Ortopedia**

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Atestado Medico

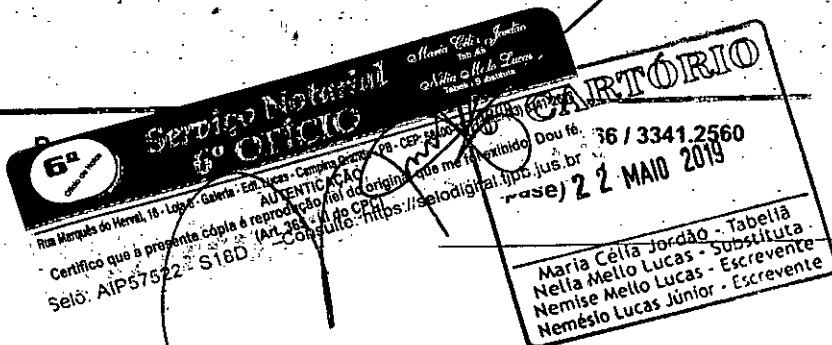
Atesto para os devidos fins que o
paciente **Iuri Giordano Carvalho de
Souza** foi atendido nesta clinica e
necessita de 06(seis) meses de
afastamento do trabalho a partir desta
data.

CID-S72.8

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451 TEOT 5322

Dr Luciano Guedes Borges
CRM-(3451)

Campina Grande, 23/03/2018





CIRUR. BUÇO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELEKTROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENO

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELEKTROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS
DEVIDOS FINS, QUE O
PACIENTE YUM GIVADANA
CARVALHO SILVA É
PORTADOR DE FRATURA
DE FEMUR GHOVENO E
SE ENCONTRA INTERNADO
NESTE HOSPITAL SEM
PREVISÃO DE ALTA HOSPITA-
LAR.
CID-572.3

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
CRM 3451-TEOT 5322

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



CTO

Clínica de Trauma
e Ortopedia

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Atestado Medico

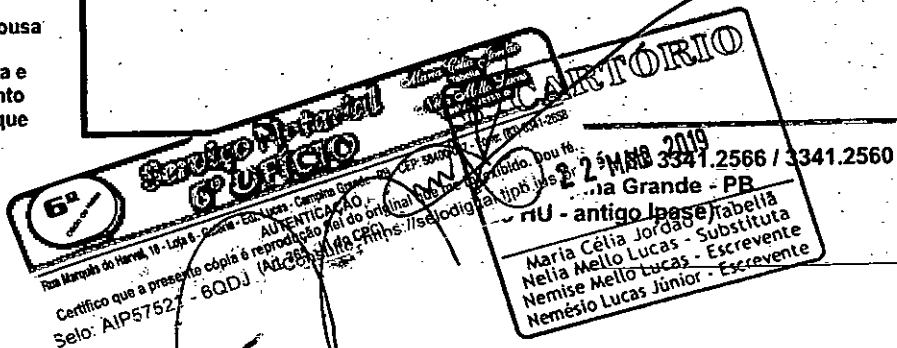
Atesto para os devidos fins que o
paciente **Iuri Giordano Carvalho de
Souza** foi atendido nesta clinica e
necessita de 06(seis) meses de
afastamento do trabalho a partir desta
data.

CID-S72.8

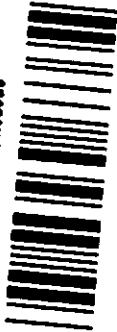
Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Ortopedista
- CRM 3451 TEOT 5322

Dr Luciano Guedes Borges
CRM-(3451)

Campina Grande, 23/03/2018



Documentos de Identificacao



8944438097		8944438097	
VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS		PROIBIDO PLASTIFICAR	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO			
LUIZ GIGERANO CARVALHO DE SOUZA			
CPF: 3383005		RG: 689	
Cidade: 078.499.924-40		Data Nascimento: 05/07/1991	
RACAO: GILVANS CARVALHO DE SOUZA			
MATERIA: MARIA ALICE CARVALHO DE SOUZA			
PROMISSAO: []		ACC: []	
CATEGORIA: []		ABN: []	
1ª Emissão: 17/05/2019		2ª Emissão: 26/08/2010	
Número: 05020642040		OBSERVAÇÕES	
Assinatura: Luiz G. Carvalho de Souza			
LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB		Data Emissão: 19/05/2014	
Assinatura: Rodrigo Carvalh...		Número: 57701106030	
Assinatura: []		Número: PB028615964	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222194067 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PB Nº 013222194067
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE VEICULO
0054379015 00700000000 2017

NOME: MARIA VILCE CARVALHO DE SOUSA
RUA ANT. UF: PE 9C2ND110DR008872

13519239434 OGD0985/PB

NOVO PAS/MOTOCICLETA/ABS/ALUMINIO

MARKA/ MODELO: HONDA/XRE 300 ANO: 2013

CAP. DO CIL: 2 P/291/CI CATEGORIA: PARTIC VERMELHA

COTA UNICA: 0070070000 VENC. / COTAS: 1º

P V A PARCELAMENTO / COTAS: 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0000000000 PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

SEM RESERVA DE DOUTRINA

Veiculo com Restricao: RENA

CAMPINA GRANDE - PB 02/08/2017

33375 33880

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

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017 DATA EMISSAO: 02/08/2017

00543790150 HONDA/XRE 300

2013 9 9C2ND110DR008872

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0000000000 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0000000000

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

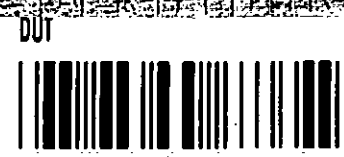
PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017

PREMIO COTAS (R\$): 0070072017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0191417/19

Vítima: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

CPF: 078.499.924-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: IURI GIORDANO
CARVALHO DE SOUZA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA : 078.499.924-40

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
CPF: 078.499.924-40

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: LUPI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
Data do Acidente: 22/03/18 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 078.499.924-40

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidéz do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 135.192.394-34

E-mail: malicecs@gmail.com Tel.: (83) 99801-2332

Data: _____ Assinatura: Maria Alice Carvalho de S.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Matrícula:

Data:

Assinatura

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (LM) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Atestado Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original) assinado pelo(s) companheiro(s) e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **MARIA ALICE CARVALHO DE SOUZA**

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante ☐ CPF do portador: **132.108.934-31**

E-mail: **maria.alice.carvalho@lider.com.br**

Data: **12/08/2014** Assinatura: **Maria Alice Carvalho**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Matrícula:

Data: **12/08/2014** Assinatura: **Maria Alice Carvalho**

COBERTURA ACIDENTE

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **MARIA ALICE CARVALHO DE SOUZA**
Data do Acidente: **28/03/14** Posição CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **04.108.934-10**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 12 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor poderá ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.segurodalider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4050-1296 / Outras regiões: 0800 033 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos (hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima) (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Incapacidade do INSS - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos (hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima) (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recipos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT (original)

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: LURI GIORIANO CARVALHO DE SOUZA
Data do Acidente: 22/03/18 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 078.499.924-40

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 135.192.394-34
E-mail: malicecs@gmail.com Tel.: (83) 99801-2332
Data: _____ Assinatura: Maria Alice Carvalho de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): _____
Atendente: _____ Matrícula: _____
Data: _____ Assinatura: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MARIA ALICE CARVALHO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR Nº
1206825 SSP PE

CNPJ
135.192.394-34 DATA NASCIMENTO
22/12/1955

FUNÇÃO
MANOEL KENRIQUE
SOBRINHO
ALICE MARIA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO ACC CATARA
B 1

Nº PASSADO 00491849612 VALIDEZ 28/12/2023 1ª EMISSÃO 14/01/1999

OBSERVAÇÕES

Maria Alice Carvalho de S.O.
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 07/01/2019

35340366794
PB038064391

PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660953782

PROIBIDA A FOTOCOPIAGEM
1660953782

ALBACEES GUARDA DO SIG. PR. PE
D. ACAL. ALBACEES GUARDA DO SIG. PR. PE

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190365332

Data do acidente: 22/03/2018

Vítima: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Campina Grande

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data: 13/06/2019 09:31:56

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO FEMUR FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			346,00	346,00
Medicamentos			4071,45	0,00
Farmácias			61,63	61,63
Total da Análise Atual			4479,08	407,63

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** SEM COBERTURA PARA DESPESAS COM TAXI E CUIDADORA.DEMONSTRATIVOS ENVIADOS PELA CAMED NÃO FORAM AVALIADOS,VISTO QUE, FALTA COMPROVANTE DE QUITAÇÃO (BOLETO BANCÁRIO, RECIBO OU CONTRA-CHEQUE) JUNTO AO CONVÊNIO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	4479,08	407,63	407,63
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	4479,08	407,63	407,63

TOTAL PLEITEADO: 4479,08**TOTAL AVALIADO:** 407,63**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 407,63

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191417/19

Vítima: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

CPF: 078.499.924-40

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: IURI GIORDANO
CARVALHO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA : 078.499.924-40

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA
CPF: 078.499.924-40

IURI GIORDANO CARVALHO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo