

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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800 **Vítima: EDMILSON DE PONTES**

Data do Acidente: 16/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDMILSON DE PONTES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000200-3

Conta: 0000040378-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

OCORRÊNCIA N° 276 /2019

DESCRIÇÃO:

Aos CATORZE dias do mês de JUNHO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia, onde se achava presente o Bel. SEVERINO GOMES DE ASSIS, Delegado de Polícia Civil, respondendo pela 2º DD, comigo escrivã (o) de seu cargo, aí por volta das 08h40min, compareceu o (a) senhor (a):

NOME	EDMILSON DE PONTES		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL	DIVORCIADO
PROFISSÃO	SERVENTE DE LIMPEZA		
NATURALIDADE	PARAIBA/PB	DATA NASC.	15/0/1964
RG	929.743. SSP/PB	CPF	844.793.887-53
FILIAÇÃO	PAI NÃO DECLARADO E MARIA ODETE DE PONTES		
ENDEREÇO	RUAMANOEL FRANCISCO DO NASCIMENTO, 69, BAIRRO NORDESTE 01 GUARABIRA/PB.		

HISTÓRICO:

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 16/1/2018 POR VOLTA DAS 17H10MINM SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO TRAXX JL 500-8, DE COR VERMELHA, DE PLACA/QFO 4148/PB, ANO/MOD 2015 DE PROPRIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, QUANDO SAIU DE SEU TRABALHO PARA SUA RESIDENCIA QUANDO IA PASSANDO NO TREVO DO PROXIMO AO MOTOL INTIMO VEIO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA E COLIDIU COM A AMOTO DO NOTICIANTE, QUE FOI SO CORRIDO PELO Corpo do Bombeiro de Guarabira para o Hospital Regional de Guarabira/Pb e de lá foi encaminhado para o Trauminha na cidade de João Pessoa que ficou internado uma semana e foi cirurgiado. Vér diagnóstico em anexo. O REFERIDO É VERDADE DO FÉ.

Guarabira/PB 14 de Junho de 2019

Edmilson de Pontes
Assinatura do(a) noticiante

PRESIDENTE DE ANDRA ALMEIDA SILVA
DIRETOR GERAL DA POLÍCIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 276/2019

Aos catorze dias de junho de dois mil e dezenove, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do (a) Dr(a). **SEVERINO GOMES DE ASSIS** Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

EDMILSON DE PONTES, brasileiro, divorciado, servente de limpeza, natural de Lagoa de Dentro/PB, filho de pai não declarado e Maria Odete de Pontes, RG: 929.743 SSP/PB, CPF: 844.793.887-53, residente na rua Manoel Francisco do Nascimento, 69, Nordeste 01 Guarabira/PB tel. 991050600

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE MOTO

2) Data do fato : 16/11/2018

4) Local do fato: PROXIMO AO MOTEL ÍNTIMO GUARABIRA/PB.

Hora do fato: 17H10MIN

7) Breve resumo do fato:

Disse o noticiante que na data e hora acima mencionado sofreu um acidente de moto, quando ia conduzindo a. MOTO TRAXX JL 50C-8, DE COR VERMELHA, ANO/MOD 2015, DE PLACA/QFQ/4148/PB DE PROPIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, quando saiu de seu trabalho para sua casa, quando ia passando no trevo próximo ao motel íntima, veio uma moto não identificada e colidiu com a moto do noticiante; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiro de Guarabira para o Hospital Regional desta cidade e de lá foi encaminhado para o Trauminha na cidade de João Pessoa onde ficou internado uma semana e foi cirurgiado. Vê diagnóstico em anexo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

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

Edmilson de Pontes
Comunicante

MAT 90481-3
Escrivã(o)/Agente

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Dados da ocorrência					
Data: <i>16-11-2018</i>	Ocorrência Nº: <i>07</i>	VTR: <i>AR 21</i>	Ponto Base:		
Hora do aviso: <i>17.18</i>	Hora de saída: <i>17.34</i>	Hora no local: <i>17.45</i>	Hora no hospital: <i>17.58</i>		
VTR de apoio:					
Endereço: <i>Rua Onofre Lins, 28-057</i>				Nº <i>S/N.</i>	
Complemento:		Bairro: <i>Centro</i>			
Ponto de referência: <i>INTIMOS MOTEL</i>			Cidade: <i>GUARABIRA-PB</i>		
Dados da vítima					
Nome: <i>EDMILSON DE LIMA</i>			Idade: <i>54</i>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raça: <input type="checkbox"/> Negro <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco		<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo			
Endereço: <i>Rua NARCISO FRANCISCO DO NASCIMENTO - nº 69</i>			Telefone:		
Bairro: <i>NORDESTE I</i>			Cidade: <i>GUARABIRA-PB</i>		
Tipo da ocorrência					
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão: <i>MOTO</i>			<input checked="" type="checkbox"/> Vítima de queda: _____ metros		
<input type="checkbox"/> Perímento por arma de fogo		<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Afogamento		<input type="checkbox"/> Crise Convulsiva
<input type="checkbox"/> Perímento por arma branca		<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca		<input type="checkbox"/> Suicida
<input type="checkbox"/> Agressão física		<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> Urgência Respiratória		<input type="checkbox"/> Socorrido por 3º
<input type="checkbox"/> Capotamento		<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica		<input type="checkbox"/> Recusa
<input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento			<input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica		<input type="checkbox"/> Combate a Incêndio
<input type="checkbox"/> Intoxicação: Agente: _____			<input type="checkbox"/> Alagamento		<input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros
<input type="checkbox"/> Queimadura: Agente: _____ Grau(s): _____ Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): _____					
<input type="checkbox"/> Transporte: Origem: _____ Destino: _____			<input type="checkbox"/> Outros: _____		
Condições de segurança			Situação da vítima		Postura da vítima
Ativação do air bag: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor		<input type="checkbox"/> Decúbito ventral	
Usava capacete: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input checked="" type="checkbox"/> Em motocicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro		<input checked="" type="checkbox"/> Decúbito dorsal	
Usava cinto: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em bicicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro traseiro		<input type="checkbox"/> Decúbito lateral	
Em faixa de pedestre: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Garupa/carona		<input type="checkbox"/> Deambulando	
Outros:	Outros:			<input type="checkbox"/> Outros:	
Localização das lesões			Exame da vítima		
01. Abrasão			A - Vias Íntimas		B - Ventilação
02. Amputação			<input type="checkbox"/> Permeáveis	<input type="checkbox"/> Não Permeáveis	<input type="checkbox"/> Eupnéia
03. Avulsão			<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Apnéia
04. Contusão			<input type="checkbox"/> Sangue		<input type="checkbox"/> Dispnéia
05. Empalamento			<input type="checkbox"/> Secreção		<input type="checkbox"/> Bradipnéia
06. Encravamento			<input type="checkbox"/> Queda da língua		<input type="checkbox"/> Taquipnéia
07. Esmagamento			<input type="checkbox"/> Corpo estranho		<input type="checkbox"/> Ruidosa
08. FAB			<input type="checkbox"/> Outros		
09. FAF					
10. Fratura aberta					
11. Fratura fechada					
12. Laceração					
13. Luxação					
14. Paralisia					
15. Queimadura					
16. Outros:					
Escala de Cons da Glasgow			C - Circunstâncias		
Abertura ocular			Pulso	Pele	
Melhor resposta verbal			<input type="checkbox"/> Pulso radial	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cicândica
Melhor resposta motora			<input type="checkbox"/> Pulso braquial	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Ictérica
Total			<input type="checkbox"/> Pulso carotídeo	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Pálida
			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sudorese	
			<input type="checkbox"/> Aumentado		Parafusos Capilar
			<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> > 2 segundos
			<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Síntese vital			D - Neurológico		
Inicial	PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg/FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> irpm	SPO ₂ <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C	
Final	PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg/FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> irpm	SPO ₂ <input type="checkbox"/> %	T <input type="checkbox"/> °C	

LARME DE DESATENÇÃO INTEGRAL DA PMA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR

LEIA COMO: 12/12/18 17:34:00 HORAS

Assinatura: *[Assinatura]*

Data: 16/11/2018

Assinatura: *[Assinatura]*

Alergia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?	Usa medicamentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Doença conhecida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?	Ingeriu alimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?

Relatório

Foi feito o deslocamento para prestar atendimento ao SAMU no ATENDIMENTO à 02 (duas) VÍTIMAS que colidiram motocicleta, ao chegarem no local as vítimas já ESTAVAM RECEBENDO OS primeiros SOCORROS PELA EQUPE DO SAMU. A VÍTIMA FEMININA DE PORTES DE 54 ANOS GUT SOFRIU FRATURA FECHADA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO (FIBULA), CONSCIENTE E ORIENTADA FOI SOCORRIDA NA VIATURA DO CONSELHO FEDERADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA-PB, PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

Procedimentos utilizados

<input type="checkbox"/> Desencarceramento	<input type="checkbox"/> Ventilação de resgate	<input type="checkbox"/> Rolamento 90°	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/> Retirada com KED	<input type="checkbox"/> Desobstrução de VAS	<input type="checkbox"/> Rolamento 180°	<input type="checkbox"/> Reposição volátmica
<input type="checkbox"/> Curativo compressivo	<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS	<input type="checkbox"/> Exposição da vítima	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> Curativo oclusivo	<input type="checkbox"/> Estabilização da cervical	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMSS	<input type="checkbox"/> Desfibrilação
<input type="checkbox"/> Curativo de 3 pontos	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMII	<input type="checkbox"/> Auxílio ao parto
<input type="checkbox"/> Elevação cavaleiro	<input type="checkbox"/> Retirada de capacete	<input type="checkbox"/> Controle de hipotermia	<input type="checkbox"/> Prevenção/orientação
<input type="checkbox"/> Outros			

Recepção da vítima

Eu,	, portador(a) do RG ou CPF N.º _____
UF _____, declaro para todos os fins que recusei ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da viatura:	

assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.

Guarabira - PB, _____ de _____ de 20 ____.

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

Destino da vítima

Receptor (ass. e carimbo):

Materiais e equipamentos

QTDE	MATERIAL	QTDE	EQUIPAMENTO
02	Luva de procedimentos		Colar cervical
02	Luva estéril Nº _____		Máscara de O ² c/ reserv: () adulto () infantil
02	Máscara de proteção		Câmla orofaringea Nº _____
02	Sonda de aspiração traqueal Nº _____		Ambo: () adulto () infantil () neo
02	Extensor de O ²		DEA
02	Catéter nasal		Oxímetro de pulso
02	Gaze		Tala moldável tamanho () G () M () P () PP
02	Compressa		Prancha
02	Atadura cm		Estabilizador lateral de cabeça
02	SF 0,9%		Tirante aranha
02	SRL		KED: () adulto () infantil () NEO
02	Manta aluminizada		KIT Desastre
02	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
02	Lencol descartável		Desencarcerador
02	KIT parto		Tracionador de fêmur
02	LGE		Outros:
02	Água		

Controle de materiais e equipamentos

MATERIAL	MOTIVO	Liberado
		h min
		h min
		h min

Componentes da Guarnição

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	2º SGT BM	519.693-1	EMANUEL
Socorrista 1			
Socorrista 2			
Condutor	SO 3M	526.083-3	WILTON

Socorrista
Gustavo Souza F. LUCAS
2º Ten. BM
527.469-4

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON DE PONTES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00200-3

CONTA: 000000040378-4

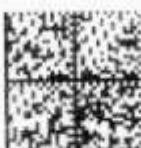
Nr. da Autenticação E0ECB701B301738F



Bbbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdb

CTC RECIFE PE PB

EDMILSON DE PONTES
R PADRE ZEFERINO MARIA 406
CASA CENTRO
58340-000 SAPE PB



00321166

DATA DE VENCIMENTO: 08/06/19 - DATA DE POSTAGEM: 24/05/19



7218210573065020000004465130240519

Não é esse seu comprovante? Veja o seu no site
 Não fique sem internet! Clique e contrate
 Preço celular R\$15,90
 Preço residencial R\$19,92
 Para baixar seu boleto, clique aqui!

ClaroClube

Saído de pontos em: 14/05/19
 Pontos resgatados em: 30/04

2.848
0

Veja aqui o que está sendo cobrado.		
1	Plano Contratado	R\$ 41,99
2	Outros Lançamentos	R\$ 0,92
Total		R\$ 42,91

Período de Uso
 de 17/04/2019 a 16/05/2019

Vencimento
 08/06/2019

Valor usado na última conta: R\$ 42,91

1. Plano Contratado 83 99105 0600

Valor: R\$

59,99

Oferta Conjunta Claro Mix

Aplicativos Digitais

Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)

18,00

Desconto Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)

Serviços Inclusos no seu Plano

Bônus de Internet promocional 12 meses: 2GB

Pacote de Dados Controle 4GB

Sub Total: Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos:

0,92

Juros e Multa

Sub Total: Outros Lançamentos

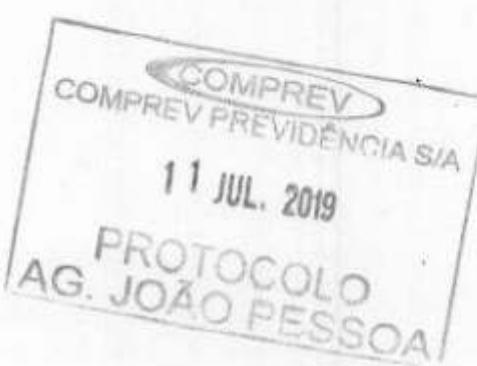
R\$ 0,92

Total a Pagar

R\$ 42,91

Prezado Cliente,**Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**

* Todos Encargos por atraso e multa são calculados no próximo mês. A taxa de juros para o CTC é de 110% (11%) e 0,5% de multa dos encargos da fatura. (111%). O valor mínimo é de reais, não resgatada os centavos.



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680

CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140

B

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicilio:

Referencia: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7.121236, -34.889865

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Reintegrado em:

Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Ass./ Num.Carteiro:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680

CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140

B

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicilio:

Referencia: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7.121236, -34.889865

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Reintegrado em:

Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Ass./ Num.Carteiro:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu,
Flaviana de Silva Gomoro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmubson de Pontes Inscrito (a) no CPF sob o N° 844.793.887-53

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edmubson de Pontes

Inscrito (a) no CPF sob o N° 844.793.887-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar:

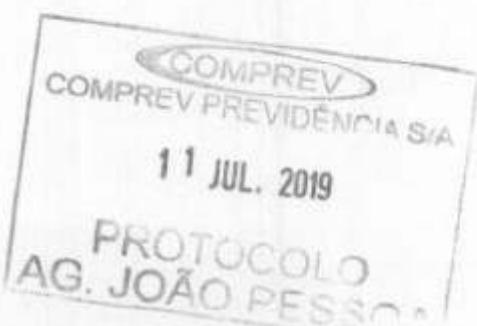
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua da República</u>	Número:	<u>390</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58010-180</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa, 10/07/2019

Assinatura do Declarante



1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOÃO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND: 16/11/2018 18:02

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

CNPJ: 08.778.268/0036-90

ATEND POR: HRG

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: EDMILSON DE PONTES

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A) SUS: 702702145560860 DN.: 15/03/1964 54 ANOS

ENDERECO: RUA FRANCISCO DO NASCIMENTO, 69 BAIRRO: NORDESTE I

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB CEP: 58200000

MAE: MARIA ODETE DE PONTES PAI:

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
- 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
- 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
- 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA

APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
- OUTRO HOSPITAL
- OBITO
- RESIDENCIA
- INTERNAÇÃO
- AMB. /SUS
- OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETÁRIA

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

Sintomas: dor no abdômen, urinário, opção e dor na pélvis. Dor em pé direito.

Exame: urinário

Urografia: urinária

CONFIRMADO
COMO ORIGINAL
27/12/18
Mat: 991843-3
11/01/19

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

Medicamentos: ciprofloxacino 100mg + 800mg de acetaminofeno

7. DIAGNOSTICO:

Diagnóstico: Infecção urinária + síndrome de fígado e rins. Dr. Vildomar Bernardo Jr.
Urologista
CRM-PB10537 / IRDE 6388

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSAVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TÉCNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO



CERTIDÃO

Nº. 0523/2019

Atendendo solicitação de **EDMILSON DE PONTES** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 182446 e Prontuário nº 2018.11.002173 pertencente ao requerente foi atendido dia 16/11/2018 às 22H30min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/11/2018 com alta médica dia 23/11/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BORITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 182446 Atc: Nao Requisitado
Data: 16/11/2018
Hora: 22:30:53
Recepção: GABRIELA DA COSTA SERI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDMILSON DE PONTES Num. de vezes atendido: 1
CNPJ: Num. Prontuario: 2018.11.002173

CNS: 702702145560860 Sexo: M IDENTIDADE: 929743 Fone: 996194115

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1964 Id: 54 ano(s)

End.: RUA RUI DE FREITAS ALBUQUERQUE, 94 ESPLANADA

Bairro: CENTRO Cidade: GUARABIRA UF :PB

Mae: MARIA GUSTE DE PONTES Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: JARDINEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Pesq.: IRMAG

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Placardencia: HOSPITAL GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOCOMOVEL AS 17:00/GUARABIRA

Vitima de violencia por: NAO

! : Caso Policial

PRE-CONSULTA

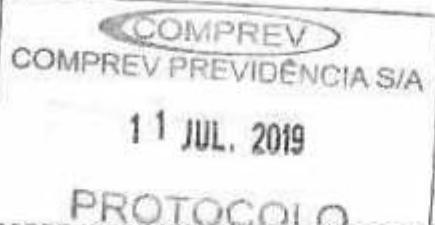
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
TC: TP:
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: Q2%:

OU: (x) Principal
TRAUMA EM MTF
OU:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Displasie
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao:
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)



PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - Horas do atendimento médico)

Diagnóstico

Procedimentos

Eduardo Paz Lyra
Medico CRM-PB 11457

Entrada [] Rotina de medicacao

R. + Dr. Freire

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO DE ATUALIZAÇÃO

DESTINO DO PÁTENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura à Cartimbo do Me-



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edmilson de Paula				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 22/11/18	Cirurgião: Dr. André Siqueira			1º Assistente: Dr. Daniel	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura luxação forno gelo D</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Ortezanóide</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em TDA

Anestesia e anti-espasmo

Aparição do campo estéril

Incisão:

Lateral e medial ao fêmur jeto ②

Achados:

Fratura levigada fêmur jeto ②

Conduta:

Redução cometa de malto alto mediante fixação com dois parafusos espinhosos

Redução de subluxação lateral + fixação dos meniscos proximodorsal

Reparo ligamento colateral

Sutura por planos

Limppeza

Cantos

COMPREV

1

PRO

AG. JO

Fechamento:

OBS:

Data: 22/11/18

Dr. Daniel B. Ca
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9

MÉDICO

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16/11/18

Nome: Ednilson da Paixão Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA:

*Acorda facilmente
faz O-eyes quando
de sono (SFC).*

Medicações em uso: _____

COMPRAVENDA
11 JUL. 2018

AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____ *Rex*Hipóteses Diagnósticas: *Fa FA 76 O trin*Conduta: *Reeducação + fala bdi*

Assinatura do Profissional de Saúde
Assinatura da Enfermeira

Rex Dr. Cesar

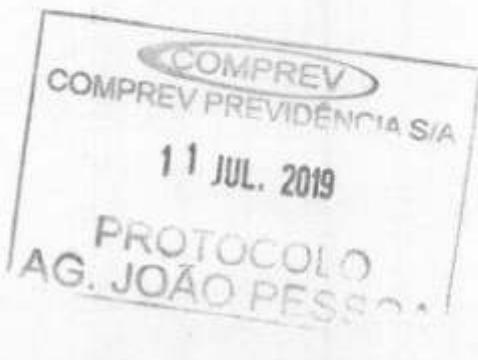
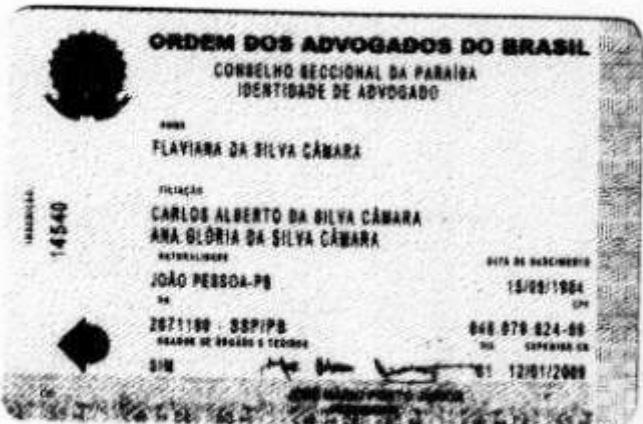


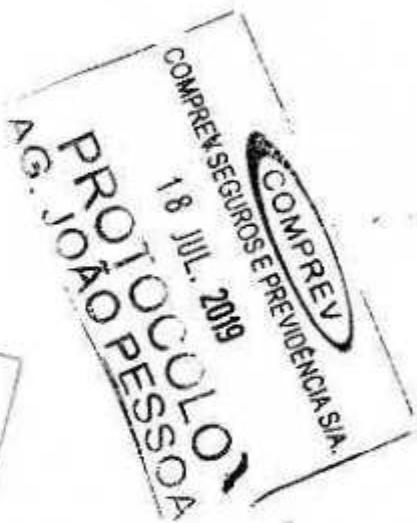
AVULSO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

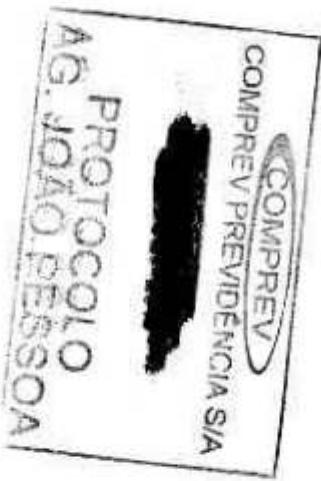
NOME: EDMILSON DE PONTES					PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 54 A	SEXO: MAS	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:17	LEITO: 162	
DATA DE ADMISSÃO: 16/11/2018		DATA DE ALTA: 23/11/218		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta do Maléolo Medial e posterior do tornozelo</i>						CD S82.5
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial, posterior e aumento do espaço claro medial</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO ÓBITO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta e fixação interna com parafuso e fechamento da pinça com parafuso suprasíndesmal. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...						
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina + profenid						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão.(DR. ANDRE SIQUEIRA) Dr. Yury Cordeiro						
Ortopedia e Traumatologia CRM-PB: 11507						













Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 844.793.887-53

Nome: EDMILSON DE PONTES

Data de Nascimento: 15/03/1964

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:48:50 do dia 18/07/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A8F2.E86B.96DE.FB03



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF" ([/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp](#)).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

N. 014081973144

4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

D.N.P. 26180260012034-6

1 0107420168-7 08/00000000

EUANA DOS SANTOS
RUA JOSÉ AMÉLICO 395
NORDESTE I
58205000 GUARABIRA - PB

70527701469 010741487PB

SEVERINO TITO DA SILVA

NOVOLACRA - PB 8518ZKBA4D801P989

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASOLINA

MOTO TRAXX/31500-8 2019-2020

2 1/09 761 BARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 01/07/2018 - 23/07/2018

N. MOTOR : JL1F39FMB13T010439

GUARABIRA - PB 23/07/2018

11980 16437

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIAS/A
11 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.300,00

NOME DO COMPRADOR: Edmilson de Pontes

RG: 9.29.743 CPF/CNPJ: 844 793 887-53

ENDERECO: R. Padre Leôncio Moreira,
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCAL E DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luana dos Santos

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, contados da data em que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências a partir da comunicação ao Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito (CTB).
- b) O comprador tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, caso para de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento do documento e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO, Edmilson de Pontes

ASSINATURA DO COMPRADOR

FP FÁTIMA PAULINO
Serviço Notarial

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial

Praça Lima e Moraes, 103 - Centro - Secretaria F.P.
CEP: 58010-000 - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3211-1000

RECONHEÇO, como autêntica e verdadeira, a(s) FOLHA(S) CARTÓRIO
LUANA DOS SANTOS*****
EDMILSON DE PONTES*****
Fa test. da verdade. Guarabira-PB 24/10/2018 14:51:52
Edmilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
[2018-009726]EMUL:R\$ 18,96 FARPAENR\$ 0,36 FEPJ:R\$ 3,90 ISSR\$ 0,00
SELO DIGITAL: ANS28963-QF71, 44628964-NHZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB

N.º 014081973144

4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ERL 20180200012034-6

1 0107420168-7 4070000000

GUARABIRA - PB
RUA JOSÉ AMÉRICO 325
NORDESTE 3
58205000 GUARABIRA - PB

70597304469 MFO414H71P

SEVERINO TITO DA SILVA

MOTOR - PE 195182KKA3U2008E989

PAS/CICLOMOTOR/NÃO APLIC GASEOSA

MOTOCICLO/QUADRICICLO 2017-12-01-00

3 7/01 7/01 CATEGORIA MÁRTI CORPO DOMINANTE VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VIGOROSAMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
N.º MOTOT 1 711P39FM8137010439

GUARABIRA - PB

41980



23/07/2018

16437

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

18 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.300,00

NOME DO COMPRADOR:

Edmilson de Pontes

RG: 929.743

CPF/CNPJ:

844 793 887-53

ENDERECO: R. Padre Le Ferino Moreira,
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCAÇÃO DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luanne dos Santos

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

o) O vendedor tem a obrigatoriedade de comunicar a validade do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser-lhe aplicada responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas multas a cada dia de não comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 124 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

1) O comprador terá prazo de trinta (30) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sem pena de infração em trânsito (Art. 233 do CTB).
2) É obrigatório o reconhecimento do imóvel adquirido e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO, Edmilson de Pontes

ASSINATURA DO COMPRADOR

FP FÁTIMA PAULINO
Serviço Notarial

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial

Av. Presidente Vargas, 101 Centro - Guarabira - PB

Cep: 58000-000 - Fone: (83) 3631-2000

E-mail: fatimapaulino@bol.com.br

RECONHECO, como autêntica e verdadeira, a(s) fatura(s) de:

Luanne dos Santos

EDMILSON DE PONTES

Em testemunha, Guarabira-PB 24/10/2018 14:51:52

Nilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto

[2018-009224]EMILSON 18,96 FIPENHS 0,36 FIPU:R\$ 3,80 ISS:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: #4520963-B771, #4520964-4047

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Bbbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdb



CTC RECIFE PE PB
EDMILSON DE PONTES
 R PADRE ZEFERINO MARIA 406
 CASA CENTRO
 58340-000 SAPE PB

00321166

DATA DE VENCIMENTO: 08/06/19 - DATA DE POSTAGEM: 24/05/19



7218210573065020000004465130240519

Não é esse seu comprovante? Veja o seu no site
 Não é esse seu comprovante? Veja o seu no site
 Não é esse seu comprovante? Veja o seu no site
 Preço cobrado: R\$ 42,91
 Preço cobrado: R\$ 42,91
 Preço cobrado: R\$ 42,91
 Para baixar seu comprovante, clique [aqui](#)

ClaroClube

Saído de pontos em: 14/05/19
 Pontos resgatados em: 30/04

2.848
0

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1	Plano Contratado	R\$ 41,99
2	Outros Lançamentos	R\$ 0,92
Total		R\$ 42,91

Período de Uso
 de 17/04/2019 a 16/05/2019

Vencimento
 08/06/2019

Valor usado na última conta: R\$ 42,91

1. Plano Contratado 83 99105 0600

Valor: R\$

59,99

Oferta Conjunta Claro Mix

Aplicativos Digitais

Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

18,00

Desconto Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

Serviços Inclusos no seu Plano

Bônus de Internet promocional 12 meses: 2GB

Pacote de Dados Controle 4GB

Sub Total: Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos:

0,92

Juros e Multa

Sub Total: Outros Lançamentos

R\$ 0,92

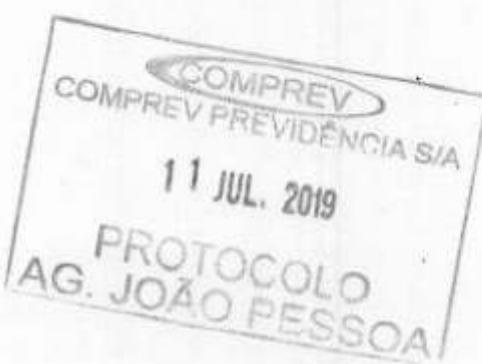
Total a Pagar

R\$ 42,91

Prezado Cliente,

Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

* Todos Encargos por atraso e multa cobrados na primeira conta: 3% (três por cento) para o IVAI e IPI (11,11%) e 0,5% do valor dos serviços da Cotelcel (11,11%). O valor mínimo é de R\$ 10,00 reais, ou proporcional ao valor devido.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Edmilson de Pontes
civil solteiro profissão Serviços gerais..... brasileiro(a), estado
R. Padre Zefirino Mba nº 406 residente e domiciliado à Rua
Município de Sapé bairro Centro
portador(a) do RG nº 1929743 Estado de (o) Paraíba Cep.
SSP/PB e CPF nº 844.793.887-53

Outorgado: Flávia da Silveira Camore
estado civil solteiro profissão advogado..... brasileiro(a),
Rua de República nº 340 residente e domiciliado(a) à
Município de João Pessoa bairro Centro
portador (a) do RG nº 2671190 Estado de (o) Paraíba Cep.: 58010-180
SSP/PB e CPF nº 365.023.914-60

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Edmilson de Pontes, ocorrido em 10/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez.
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa

14 de 06

de 2019.



Edmilson de Pontes
Outorgante
CPF N° 844.793.887-53

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO 3º OFÍCIO
Praça
Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (83)3271-2096
GUARABIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Vítima: EDMILSON DE PONTES

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/11/2018

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

EDMILSON DE PONTES : 844.793.887-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

DUT

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/07/2019

Data do cadastramento: 18/07/2019

Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 048.079.624-69

CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

DUT

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA