
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026729

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095229

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095229

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000021997-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



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

CPF do segurado ou ASI: 048.845.734-39 Nome completo da vítima: Laurival Bernardo Silva

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

Nome completo: Laurival Bernardo Silva CPF: 048.845.734-39

Profissão: Técnico Endereço: R. Santo Amaro Número: 125 Complemento:

Bairro: Otizeiro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-550

E-mail: Tel./DDD:

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

DADOS CADASTRAIS

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 (311)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 00021997 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende à 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 costas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.947/74 art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la caso divergir de 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 (vir. nascor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa 09/01/2019

Nome: Laurival Bernardo Silva

CPF: 048.845.734-39

Laurival Bernardo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

13 Jan. 2019

PROTÓCOLO

Assinatura



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00013.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00013.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:41 horas do dia 02 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lourival Bernardo da Silva**, CPF nº 048.845.734-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Tec. Em Instalação Em Sistema de Segurança Eletrônico, filho(a) de Margarida Severina da Silva e José Bernardo da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 13/11/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santo Amaro, Nº 125, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo a Madeireira Cajá, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2853.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Djalma Vilar, Próximo Ao Hotel Luxor Oceano Atlântico., Cabedelo/PB, bairro Intermare; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/04/18 17:59h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante no dia 19/04/2018 por volta das 17:59 horas quando transitava, pela Rua Djalma Vilar, Intermare; Cabedelo-PB; com o veículo tipo HONDA POP 1101 ano e modelo: 2015/2016, de cor preta de placa: OEY2811/PB CHASSI: 9C2JB0100GR111584 pertencente ao Sr. ROSINALDO CARDOSO DE OLIVEIRA; Que segundo o mesmo perdeu o controle da moto quando estava trafegando na referida Rua, após passar por um buraco/desnível na pista que o guidão da moto virou vindo o notificante a cair, que o notificante foi socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS de acordo com CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE Nº 0333/2018 e conduzido para o HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA conforme prontuário de nº 50187738 onde foi constatado que o mesmo veio a se lesionar fraturando o segundo, terceiro e quarto dedos do pé direito e luxação completa no quinto dedo conforme documento de nº 24721658 alta assinado pelo médico do DR. COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4252 - RN.

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

João Pessoa/PB, 02 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00013.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF do segurado ou ASI: 048.845.734-39 Nome completo da vítima: Lauroval Bernardo Silva

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

Nome completo: Lauroval Bernardo Silva CPF: 048.845.734-39

Profissão: técnico Endereço: R. Santo Amaro Número: 125 Complemento:

Bairro: Antônio Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-550

E-mail: Tel./DDD:

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

DADOS CADASTRAIS

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 (311)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 00021997 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende à 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 costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.947/74 art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la caso divergir de 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 (vir. nascor)? ☐ 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 a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 09/01/2019

Nome: Lauroval Bernardo Silva

CPF: 048.845.734-39

Lauroval Bernardo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: PROTECOLO CPF:

13 JAN. 2019

Assinatura

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



VISTO EM: 33/08/2018

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 07 de Agosto de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0333/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 19/04/2018, conforme requerimento nº 0335/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h59min o/a Sr.(a) **LOURIVAL BERNARDO DA SILVA**, CPF nº 048.845.734-39, vítima de acidente de (queda de moto), ocorrido na Rua Djalma Vilar, Intermare - Cabedelo/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-45, tendo como chefe o **SARGENTO BM VANDERSON DA SILVA BARBOSA**, Matrícula 525.965-7. Vítima consciente e orientada, com ferimento no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital da Hapvida.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

N/I Marcelo de Sant'Ana
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahpbos@bomberos.pb.gov.br

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: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000021997-1

Nr. da Autenticação 06C94B7471569B67

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000569



LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
SANTO AMARO, 125
CITIZEIRO
JOAO PESSOA - PB
58088-550

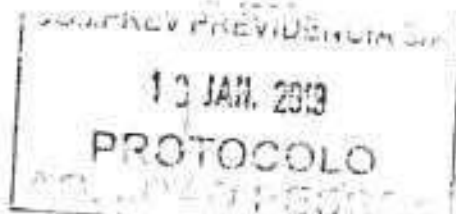


5013196987418950000000917130260918

REMETENTE

009306

INSS
AG DA P. SOCIAL JOAO PESSOA - BELA VISTA
RUA BARAO DO TRIUNFO, 307
VARADOURO
JOAO PESSOA - PB
58010-400



- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

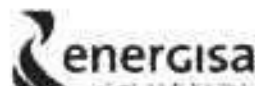
VISTO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

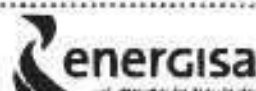
Rotulaj para simplificar pagamento da sua fatura elétrica de energia elétrica - Nº 014.146.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-688
CNPJ 08.285.591 / 0001-40 - Inscrição: 16.019.823-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
ANA GLORIA DA SILVA CAMARA RUA DA REPUBLICA 380 JOÃO PESSOA			5/280012-6	
PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	19/10/2018	722	26/10/2018	R\$ 701,74

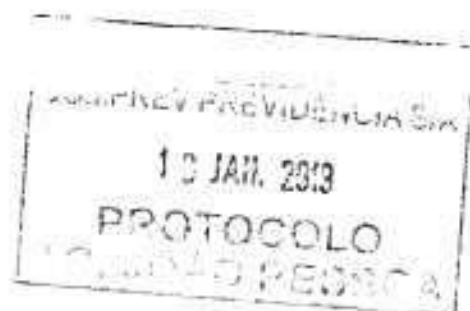
Acesse: www.energisa.com.br



ENTRQUE AQUI

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
Roteiro: 07-001-406-3140
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/10/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATA-CLICA
26/10/2018	R\$ 701,74	280012-2018-10-6



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Amorim inscrita (a) no CPF/CNPJ 048 079 624 , 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lauro de Almeida Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 048 845 734 , 39 do sinistro de DPVAT cobertura incólida da Vítima
Lauro de Almeida Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048 845 734 , 39, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

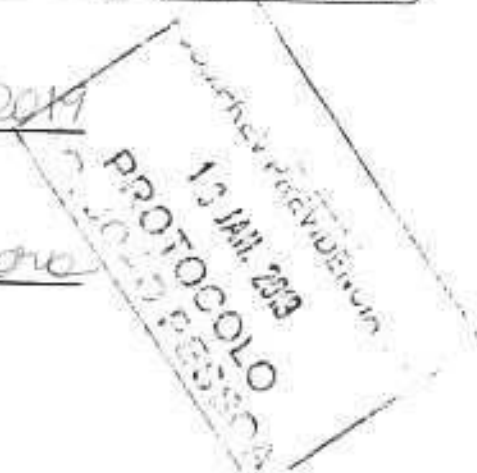
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>310</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98873-0310</u>

João Pessoa, 10 de junho de 2019
Local e Data

Flaviana da Silva Amorim
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romário Costa Oliveira

RG nº 3439-053, Data de Expedição: 29/01/2016, Órgão: SSP-PB

Portador do CPF nº 083.456.104 - 20, com domicílio na cidade de Joa Paraná

_____, no Estado de Pernambuco

Onde resido na (Rua / Av./Est.) Alto Cordeiro de Lima

Nº 50, complemento: _____, declaro, sob as penas da Lei.

Ocorrido com a vítima abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente

Ocorrido com a vítima Raouel Bernardo Silva

Cujo o condutor era Laurencia Bernardeste Silva

Veículo: Moto

Modelo: 2016-340

Апо: 30.11.

Placa: 0154-2811

Chassi: 902JB010004141584

Data do acidente: 19 / 04 / 2018

Local e Data: Rua Diana Vilar Intermares - Cabedelo - PB

1 OFICIO
DISTRICTAL

Rinaldo E de Azevedo

ASSINATURA DO DECLARANTE

General B. L. S. Ho

ASSINATURA DO CONDUTOR (CASO SEJA UM TERCEIRO QUE NÃO A VÍTIMA RECLAMANTE DO SINISTRO)

13 JAN. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa – Paraíba
CNPJ: 12.361.267/0088-44

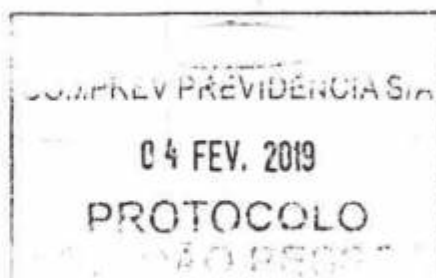
D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **LOURIVAL BERNARDO DA SILVA**, foi atendido neste Hospital no dia **25/04/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº **50319562**.

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019.


União Hospital de João Pessoa Ltda.

Everton Pereira de Carvalho
Faturista



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	M	13/11/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2819750 SSP PB	4884573439		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R SANTO AMARO 125 NOVAIS JOAO PESSOA-PB CEP:58088550				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		MARGARIDA SEVERINA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
25/04/2018	11:26		Clinica
Médico Atendente			4-CIRURGICA
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			Tipo Atendimento
Médico Acompanhante			0 INTERNACAO
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CANADA SERVICOS DE MONITORAMENTO 24 HORS LTDA
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
02BV8000002003022		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	LEIT-3 RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
33504873	99996666	C68562650	INTERNACAO
33504873	52160092	C68562650	FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO

04 FEV. 2019
PROTOCOLO

Data de Revisão:
08.06.2017

NOME COMPLETO DO PACIENTE: Leonard Bernardo Silva DATA NASC: 13/11/1983

MÉDIO RISCO: paciente em suporte ventilatório, porém se manteve estável nas últimas 24h - MAQUIERO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

ALTO RISCO: paciente em suporte ventilatório e instável e uso de droga vasoativa – MAQUEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM E MÉDICO.

DATA: <u>25/04/18</u> HORÁRIO: <u>16:10</u> RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO SINAIS VITAIS (valda): TEMP: <u>36.0</u> °C PULSO: <u>100</u> bpm FR: <u>20</u> mrpm P.A.: <u>130 x 90</u> mmHg ORIGEM: () EMERGÊNCIA (X) C. CIRÚRGICO (X) UTI (X) POSTO (X) IMAGEM () DESTINO: () EMERGÊNCIA (X) C. CIRÚRGICO (X) UTI (X) POSTO (X) IMAGEM () TIPO DE TRANSPORTE: () CADEIRA DE RODAS (X) MACA COM GRADES ELEVADAS () DEAMBULANDO MONITORIZADO? () SIM (X) NÃO BOMBA DE INSUFLOÇÃO? () SIM (X) NÃO USO DE DROGA VASOATIVAS? () SIM (X) NÃO SUPORTE DE OXIGÊNIO? () SIM (X) NÃO DISPOSITIVOS: () CVP (X) VC (X) DRENOS (X) SNG/SNE () TOT/TOT (X) VD (X) GTT (X) NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSIS (X) AVC (X) IAM (X) NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO (X) AEROSSÓIS (X) GOTÍCULAS (X) NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM (X) NÃO SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: °C PULSO: bpm FR: mrpm P.A.: mmHg	TRANSPORTADO POR: ANACUÉBRO: <u>Polina</u> () TEC. ENFERMAGEM: <u>Polina</u> () ENFERMEIRO(A) <u>Mayara</u> () MÉDICO	RECEBIDO POR: () MÉDICO ENFERMEIRO(A) TEC. ENFERM.
--	---	--

DATA: _____ HORÁRIO: _____ SINAIS VITAIS (saída): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrpm P.A.: _____ X _____ mmHg ORIGEM: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM () DESTINO: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM () TIPO DE TRANSPORTE: () CADEIRA DE RODAS () MACA COM GRADES ELEVADAS () DEAMBULANDO MONITORIZADO? () SIM () NÃO BOMBA DE INFUSÃO? () SIM () NÃO SUPORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TCT/TOT () SVD () GTT () NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSE () AVC () IAM () NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO () ATROSSOS () BÓTIÇULAS () NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO CASO SIM, QUAL? _____ SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrpm P.A.: _____ X _____ mmHg	TRANSPORTADO POR: () MACQUEIRO: _____ () TÊC. ENFERMAGEM: _____ () ENFERMEIRO(A) _____ () MÉDICO _____	RECEBIDO POR: () MÉDICO _____ ENFERMEIRO(A) _____ TÊC. ENFERM. _____ _____
---	---	--

SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrpm P.A.: _____ mmHg		TRANSPORTADO POR: () MAQUEIRO:	RECEBIDO POR: () MÉDICO
DATA: _____	HORÁRIO: _____	RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO	
SINAIS VITAIS (saída): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrpm P.A.: _____ mmHg		() TÊC. ENFERMAGEM:	ENFERMEIRO(A)
ORIGEM: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM		() ENFERMEIRO(A)	TÊC. ENFERM.
DESTINO: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM		() MÉDICO	
TIPO DE TRANSPORTE: () CAMBIRA DE RODAS () MACA COM GRADES ELEVADAS () DEAMBULADOR			
MONITORIZADO? () SIM () NÃO	BOMBA DE IMPULSÃO () SIM () NÃO		
SUORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO	USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO		
DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TOT/TOT () SVO () GTT () NÃO			
PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPE () AVC () IAM () NÃO			
ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSOIS () GOTÍCULAS () NÃO			
HOUVE INTERFERÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO	CASO SIM, QUAL? _____		
SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrpm P.A.: _____ mmHg			

DATA: _____		HORÁRIO: _____		RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO	
SINAIS VITAIS (avaliar):		TEMP: _____ °C		PULSO: _____ bpm FR: _____ mrgm P.A.: _____ mmHg	
ORIGEM: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM ()					
DESTINO: () EMERGÊNCIA () C. CIRÚRGICO () UTI () POSTO () IMAGEM ()					
TIPO DE TRANSPORTE: () CADEIRA DE RODAS () MACA COM GRADES ELEVADAS () DEAMBULANDO					
MONITORIZADO? () SIM () NÃO		BOMBA DE INSUFUSÃO () SIM () NÃO			
SUPPORTO DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO		USO DE DROGA VASOATIVAS? () SIM () NÃO			
DISPOSITIVOS? () CVT () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TQT/TOT () SVD () GTT () NÃO					
PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPS () AVC () IAM () NÃO					
ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSÓIS () GOTÍCULAS () NÃO					
HOUVE INTERCONFERÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO		CASO SIM, QUAL? _____			
SINAIS VITAIS (chegada):		TEMP: _____ °C		PULSO: _____ bpm FR: _____ mrgm P.A.: _____ mmHg	

TRANSPORTADO POR: () MACILHEIRO: 04 FEV
 RECEBIDO POR: () MÉDICO: _____
 () ENFERMEIRO(A): 2030
 () ENFERMEIRO(A): _____
 () MÉDICO: _____

Não se deve registrar o tempo mínimo para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e de

ANAMNESE

NOME DO PACIENTE : LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

CODIGO DA CARTEIRA:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

HDA

PACIENTE COM DOR NO PÉ DIR. .

HPP

PACIENTE COM DOR NO PÉ DIREITO APOS ACIDENTE DE TRANSITO HA 7 DIAS (SIC).
CID: S923

EXAME FISICO

LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DEFORMIDADE + DOR EM PE DIREITO.

TRATAMENTO

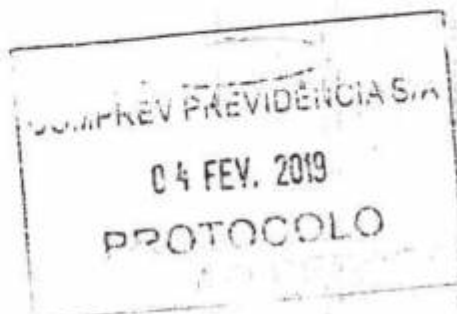
TRATAMENTO CIRURGICO CORREÇÃO DAS LESÕES DIR. .

LOCAL / DATA : JOÃO PESSOA, 25 DE ABRIL DE 2018

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA DO USUÁRIO:

Dr. Luciano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12345



4422530

HOSPITAL
PARAIBA

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4422530

HAPVIDA JOAO P

Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998 LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Cirurgia Prog.: 30725127 Cirurgia Realizada: CIRURGIA NO SMC TETAPLO

Sala Cirúrgica: SALA 03 Setor Emissor: FARMACIA CENTRO CIRURGICO - HGP

Equipe Médica: CIRURGIAO Dr. Luciano
PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO Dr. Felipe
SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO
TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO
ANESTESISTA Dr. Cristiano
CIRCULANTE
INSTRUMENTADORA Flávia

Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0	Materiais Médico-Hospitalares					30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 110 ML	3	3	2	OL
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4 S -	2	2	2	OL	30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 120 ML	3	3	3	
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N 25 - 1 UD				OL	30861	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			OL
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD				OL	30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			OL
80548	AGULHA DESC DE RAQUE N 27 - 1 UD				OL	31135	SONDA ENDOT DESC 7.0 C/BALAO - 1 UD	1			OL
27365	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD (AGULHA)	3		3	OL	31145	SONDA ENDOT DESC 7.5 C/BALAO - 1 UD	1			
27365	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	3		3	OL	31151	SONDA ENDOT DESC 8.0 C/BALAO - 1 UD	1			
27365	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5		5	OL	31321	SONDA FOLEY COM 2 VAS 14 - 1 UD	1			
31450	ALCOOL 70% TOP DO FRAS 1000 ML	50	50	50	OL	50881	TORNEIRA 33 VAS - 1 UD	1	1	1	
31739	ALCOOL 70% TOP DO FRAS 1000 ML	100		100		147256	TRANSOFK - 1 UD	1	1	1	
31747	ALCOOL 70% TOP DO FRAS 1000 ML	4		4			Medicamentos				
31055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD 10CM) ROL 1	5	5	5	OL	32727	ADRENALINA AMPL 1 ML (EPINEFRINA AMP)	2	2	2	
27929	ARRUELA P/MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 U	4		4		34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML (AGUA BIC)	4		5	
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3		3		133985	AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	1		1	
152362	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.60 - 1 UD	1	1	1	OL	39144	ANTAK AMPL 2 ML (RANITIDINA 50MG AMP)	1		1	
30165	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD				OL	149750	ARAMIN AMPL 1 UD (METARAMINOL AMP)	4	4	4	
30171	CATETER INTRA VENOSO 14 (JELCO) - 1 UD	1	2	1		35181	ATROPINA 0.25 MG AMPL 1 ML (ATROPINA AMP)	1		1	
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1	2	1		56054	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML (BUTILESC)	1	1	1	
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	2	1		139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD (CLONIDINA 150MG)	1		1	
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	2	1		34456	CLORDATO DE PROMETAZINA AMPL 2 ML (PR)	1		1	
30225	CATETER INTRA VENOSO 24 (JELCO) - 1 UD	1	2	1	OL	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML AMPL 2.5 ML (DEXA)	1	1	1	
43485	CLIXE SCLICAO GUTAPALD 2% 26 D FR C/5	200	200	200		38075	DIAZEPAN 10 MG AMPL 2 ML (DIAZEPAN 10MG)	1	1	1	
129865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	200	200	OL	124102	DIAMORF 0.2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML (MORFINA 10M)	1		1	
129865	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	250	250	OL	118477	DIAMORF 10 MG AMP AMPL 1 ML (MORFINA 10M)	1		1	
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 100	250	250	250		48887	DIAMORF 1MG/ML (3ML) AMPL 2 ML (MORFINA 1M)	2	2	2	F
50756	COLETORE DE URINA FECHADO - 1 UD	4		4	B	38908	DIPRINA 1 G AMPL 2 ML (DIPRINA AMP)	1		1	
136800	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5					48042	DIPRINA 20ML AMPL 20 ML (DIPRINA AMP)	1		1	
26190	COMPRESSA OPERATORIA 50X45 ESTERIL - 1					39385	DOLANTIN AMPL 2 ML (PETHIDINA AMP)	1		1	
27210	PRELUDO SUCCAO 4.8 - 1 UD					40037	DOPAMIN 15 MG AMPL 3 ML (MDAZOLAM 15M)	1		1	
27338	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD					40045	DORMONID 5 MG AMPL 5 ML (MDAZOLAM 5MG)	1		1	
27338	EQUIPO POLIFIN 2 VAS - 1 UD					126122	DRAMIN 86 DL M AMPL 10 ML (DIPRINA AMP)	1		1	
134064	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	100	100	100		119185	EFEDRINA AMPL 1 UD	1	1	1	
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50		50	OL	40142	EFORTIL AMPL 1 UD (ETILEFRINA AMP)	1		1	
51771	ETER FRAS 1000 ML					125982	ESMERON FRAS 5 ML (ROCURONIO 10MG FRAS)	1		1	
130004	EXTENSOR 120 CM (1ML) PNEO - 1 UD (EXTEN)	1		1		40478	FENTANIL 10ML FRAP 10 ML (FENTANIL 10 ML)	1	1	1	
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VAS - 1 UD (EXTENSOR 4	2		2		139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML (FENTANIL 2 ML)	1		1	
27924	FD POLYCOCT (SPRINT) - POLYCOCT BLUE 0.15	2		2		145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML (FENTANIL 5 ML)	1		2	
31964	FD J&J MONOYON (11717) - ETHLON BLACK 3	2		2		36722	FUROSEMIDA 20 MG AMPL 2 ML (FUROSEMIDA)	2		2	
119062	FD J&J VICRYL (JL551H) - VICRYL VLT 2-0 150	2		2		48595	GLICOSE 25% AMPL 10 ML (GLICOSE 25% AMP)	1		1	
115076	FD J&J VICRYL (JL551H) - VICRYL VLT 0 150C	2		2		36390	HIDROCORTISONA 100 MG FRAP 1 UD (HIDROC)	1		1	
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 10 PCT 1 UD	5		5	B	36412	HIDROCORTISONA 500 MG FRAP 1 UD (HIDROC)	1		1	
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	5		5	B	41327	HYPNOMIDATE 20MG/10ML AMPL 10 ML (ETOM)	1		1	
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD (GOUCA DES	1		1		146509	KAVIT 10MG/ML AMPL 1 ML	2	2	2	F
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2		2		42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD (CEFAZOLINA 1G FR)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD (KETAMINA 2 ML AMP)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		48186	MARGANA BCBAPICA AMPL 4 ML (BUPROPRIONA)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		48194	MARGANA PESADA 0.5% AMPL 1 UD (BUPROPRIONA)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		48248	MARGANA 0.4MG/ML AMPL 1 ML (NALOXONA 0.4M)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		134164	NOVABUPRONA 0.5% FRAP 1 UD (LEVOBUPRONA)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		134165	NOVABUPRONA 0.5% FRAP 1 UD (LEVOBUPRONA)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		46671	NUBAN 10MG AMPL 1 ML (NALBUPRONA 10 MG A)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		142070	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD (OMEPRAZOL 40)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		149848	ONDANSETRON 4MG AMP AMPL 2 ML (ONDAN)	1		1	
50955	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2		2		120106	ONDANSETRON 8MG AMP AMPL 4 ML (ONDAN)	1		1	
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200	200	200		121737	ORASTINA 501 ML AMPL 1 ML (OXITOCINA 501)	1		1	
130423	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO 1 U	1		1		41564	PLASL 10MG AMPL 2 ML (BROMOPRAMIDA AMP)	1		1	
50949	PROPS DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	3		3		49561	PLASL 10MG AMPL 2 ML (BROMOPRAMIDA AMP)	1		1	
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	3	3	3		55609	PROFENO 100MG M FRAP 1 UD (CETOPROFEN)	1	1	1	
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	3	3	3		43050	PROSTIGMINE AMPL 1 ML (NEOSTIGMINE AMP)	4		4	
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3	3	3							

Data: 26/04/2018

Pag. 1 de 2

Legenda:
P.D. - Padrão de dispensação
Env. - Enviado
P.C. - Padrão de consumo

COMPREV PREVIDENCIA S.A

04 FEV. 2019

PROTOCOLO



N° KIT: 4422530

Atendimento:	50319562	Prontuário:	15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Cirurgia Prog.:	30725127	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO		Cirurgia Realizada:
Sala Cirúrgica:	SALA 03		Sector Emissor:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO - HGP
Equipe Médica:	CIRURGIAO			
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO			
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO			
	TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO			
	ANESTESISTA			
	CIRCULANTE			
	INSTRUMENTADORA			

[illegible]

Fis de Kirshner n° 1,5
03 unidades.

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

04 FEB. 2019

PROTOCOLLO

Legenda:
P.D. - Padrão de dispensação
Env. - Enviado
P.C. - Padrão de consumo

BOLETIM DE ANESTESIA			
NOME: <u>LOURIVALDO BERNARDO DA SILVA</u>		ALERGIA:	
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:	
PROCEDIMENTO: <u>Artroscopia de Fratura do Oso do joelho</u>		CIRURGIÃO:	

AGENTES INALATORIOS		(30)	h	(30)	h	(30)	h	(30)	h
Oxigênio	L/min								
Ar Comprimido	L/min								
Volátil:	%								

AGENTES VENOSOS: (UNID.)									
1. <u>Propofol</u>	<u>5mg</u>								
2. <u>Fentanyl</u>	<u>50</u>								
3. <u>Atropina</u>	<u>1mg</u>								
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									

Fluidos:	SPO2 (%)	ETCO2 (mmHg)	Venoclise	G
SF: SORO FISIOLÓG. RL: RINGER LACTATO SG: SORO GLICOSADO CH: CONC. HEMACIAS PL: PLASMA FRESCO CR: CRIOPRECIPITADO PT: PLAQUETAS	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>

TÉCNICA ANESTÉSICA: () Geral (X) Bloqueio <u>Raqui</u> () Sedação/Local ()		DESTINO: () CRPA () UTI () Quarto
OBSERVAÇÕES:		ANESTESISTA: <u>Dr. Nelo Araújo de Arruda</u> Agente - CRAMPB 7699 CPF: 057.323.034-05

Agulha/ Cateter: <u>L76</u> Anestésico bloqueio: <u>Bupivacaína</u> Opióide: <u>Fentanyl 15mg</u>	DATA: <u>04 FEV. 2019</u> PROTOCOLO: <u>17:00</u> a <u>17:45</u>
---	---

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

25/04/2018 18:02

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): FILIPE ALMEIDA BOTTER, MÉDICO, CRM 10583/1 - 22220564 N°: 22220564 25/04/2018 às 17:59			

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S923	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S923	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	25/04/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	17:00	[1]
Cirurgia	tratamento de fratura de metatarso	[1]
Cirurgião	DR FILIPE BOTTER	[1]
1º Auxiliar	DRA ANDREA NASRALA	[1]
Anestesista	DR ITALO ARRUDA	[1]
Suturas	1- ANTISSEPSSIA E ASSEPSSIA 2- COLOCADO CAMPOS CIRURGICO MID 3- ACESSO PERCUTANEO 4- REDUÇÃO DAS FRATURA DOS METATARSOS 5- FIXADO COM 1 FIO DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR NO 2, 3 E 4 MTT. 6- LAVADO FERIDA 7- SUTURA POR PLANOS, CURATIVO 8- DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO NA FACE LATERAL TORNOZELO 9- LAVADO FERIDA, RESSUTURA. 10- CURATIVO, TALA BOTA GESSADA	[1]

Handwritten signature and stamp with text: "CRM 10583/1 - 22220564"

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

NOTA DE SALA

Atendimento:	50319562	Prontuário:	15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	HAPVIDA JOAO P
Cirurgia(s):	52100092	FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURG	Tipo Anestesia:	GERAL	
Sala Cirúrgica:	SALA 03	Sector Emitente:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO -	Apto.:	LEIT-3
Equipe Médica:	CIRURGIAO	3230864	FILPE ALMEIDA BOTTER	CRM	10583
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3230872	ANDREA HATTORI NASRALA	CRM	10582
	ANESTESISTA	2807700	ITALO ARAUJO DE ARRUDA	CRM	7699
	CIRCULANTE	3381978	HUMBERTO CAVALCANTI OLIVEIRA	COREN	149392

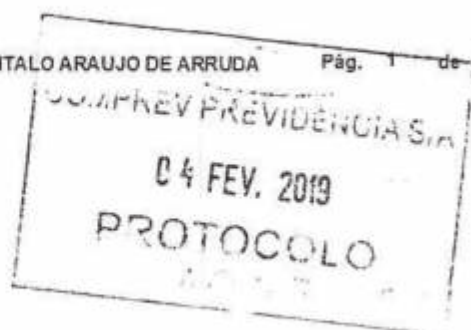
Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13x4,5 - 1 UD	2	40045	DORMONID 5 MG AMPL 5 ML	1
31948	AGULHA DESC DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	130923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	45194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
30082	ATA DURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3	43250	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	3
30210	CATER INTRA VENOSO 22 (ELCO) - 1 UD	1	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
135565	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	44415	TILATIL 20MG FRAP 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158680	COMPRESSA OPERATORIA 25x25 ESTERIL C/S UD - 1 UD	11			
27910	ELETRODO PIMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	5			
55328	EQUIPO POUFIX 2 VAS - 1 UD	2			
134084	EQUIPO SIMPLES C/PLETOR LATERAL - 1 UD	1			
60997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100	19	TAXA DE SALA	Início: 16:31 Fim: 17:54
31771	ETER FRAS 1000 ML	50	3	BISTURI ELETRICO BIPOLAR	Início: 16:31 Fim: 17:54
31954	FIO J&J Monarylon (1171T) - ETHILON*BLACK3-0 - 1 UD	1	5	MONITOR DE DEBITO CARDIACO	Início: 16:31 Fim: 17:54
31975	FIO J&J Monarylon (1215T) - ETHILON* BLK 2-0 - 1 UD	1	7	CAPNOGRAFO	Início: 16:31 Fim: 17:54
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	7	20	OXIGENIO	Início: 16:31 Fim: 17:54
27227	GAZE A COLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	5	17	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	Início: 16:31 Fim: 17:54
50857	GORRIO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 16:31 Fim: 17:54
50854	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30695	LUVA DESC. ESTERIL N-8,5 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
130923	PLACA DESCARTAVEL BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	6			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			

Data: 25/04/2018

Cirurgião: FILPE ALMEIDA BOTTER

Anestesiista: ITALO ARAUJO DE ARRUDA

Pág. 1 de 1



PACIENTE	
Nome do Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	
Codigo Paciente: 02BV8000002003	
Plano: Individual ()	Empresa (X) Qual Empresa ? CANADA SERVICOS DE MONITORAMENTO 24 HC
Filial Prestador: JOAO PESSOA	Empresa Custo Operacional ? Sim () Nao (X)
Prestador Solicitante: ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HOS GER PAR	Telefone: 8332558900
Medico Solicitante: FILIPE ALMEIDA BOTTER	Telefone: 83-3255891

PROCEDIMENTO AUTORIZADO	
Codigo AMB/CBHPM: 52160092	Senha: C68562650
Tipo Liberacao Procedimento: NORMAL	
Cirurgia ou procedimento: FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO	
Urgencia (X)	Eletivo ()
Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:	

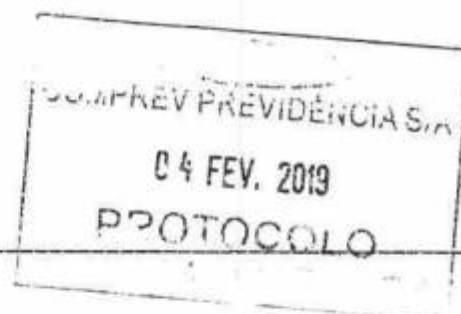
INFORMACOES ADICIONAIS				
Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
CREJANE	DIONE	JMARCEL2	ALINEAV	
Dt Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
25/04/2018			1	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO		USUARIO COM COBERTURA OPMEs								
Codigo	Descricao	Tipo	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornec	VL GNHAP	Tx Com	Autoriz	Op Lib
99800302	FIO DE KIRSCHNER	ME	PRESTADOR	3	13.00	13.00	8.50	35.00	SM	NR
99800406	PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM	S	PRESTADOR		15.34	15.34			NAO	
99800407	PARAFUSO CORTICAL 4.5	S	PRESTADOR		18.06	18.06			NAO	
99800411	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM	S	PRESTADOR		27.71	27.71			NAO	
99800412	PARAFUSO MALEOLAR	S	PRESTADOR		21.89	21.89			NAO	
99832729	PLACA PARA CALCANEIO	S	PRESTADOR		320.61	320.61			NAO	
99832782	PARAFUSO ESPONJOSO 6.5	S	PRESTADOR		27.71	27.71			NAO	
99832783	PARAFUSO CANULADO	S	PRESTADOR		90.29	90.29			NAO	
99832784	PARAFUSO CANULADO 4.5 MM	S	PRESTADOR		102.92	102.92			NAO	
99832785	PARAFUSO CANULADO 3.5 MM	S	PRESTADOR		116.02	116.02			NAO	
99832786	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESS	S	PRESTADOR		120.00	120.00			NAO	
99832913	MINI FICADOR EXTERNO	S	PRESTADOR		366.62	366.62			NAO	

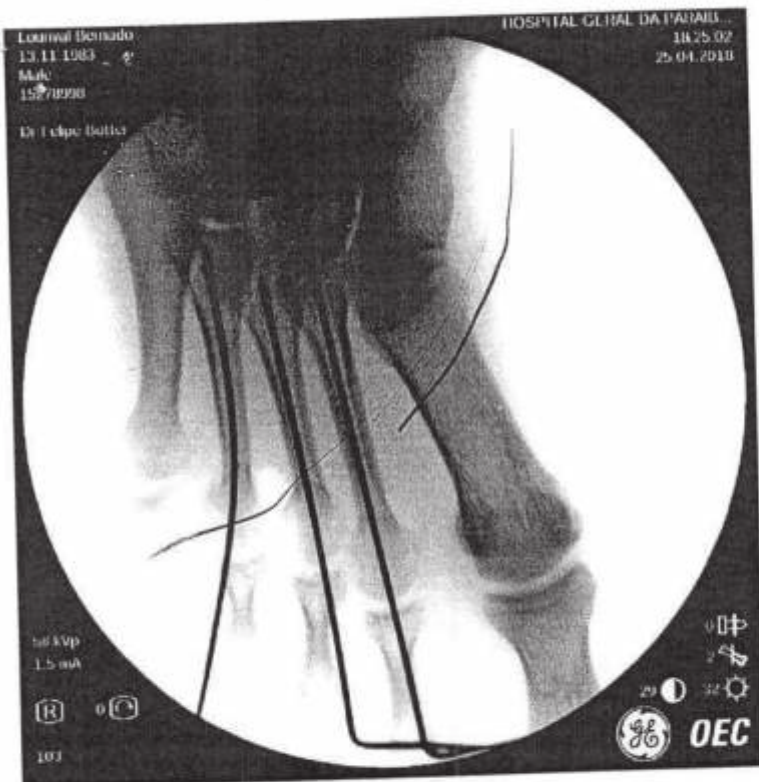
Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMEs 57636001



31879



COMPREV PREVIDENCIA S.A.

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) cirúrgicos/invasivos a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s).

Eu, Leonir B. da Silva, inscrito no CPF sob o nº 048.245.734-39, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo(a) médico(a) quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento(s): _____ para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Leonir B. da Silva

RG: 2819750

Data de nasc.: 13/11/1983 Grau de parentesco: _____

João Pessoa, 25 de ABRIL de 2018.

Leonir B. da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

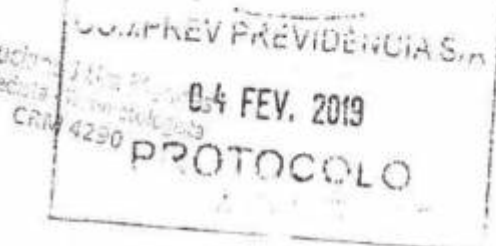
Eu, LUCIANO JOSÉ LIMA MONDES, CRM nº 4290, médico(a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência.

João Pessoa, 25 de 04 de 2018

Assinatura / Carimbo do médico

Dr. Luciano José Lima Mondes
Ortopedista



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

25/04/2018 17:53

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA - MÉDICO CRM 105821/1 Nº: 22220273 25/04/2018 às 17:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE OPERADO

[1]

ID 34

HD FRATURA DO COLO DO 2º AO 4º MTT PÉ DIREITO

CIRURGIA: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FK 1,5 MM

EQUIPE: DR. FILIPE BOTTER

DRA. ANDREA NASRALA

PROGRAMAÇÃO:

- ALTA 1º PO
- CEFALEXINA 10 DIAS NA ALTA
- RETORNO EM 1 SEMANA PARA CURATIVO

Assinatura: [Assinatura]
Original e cópia anexa
COP. 13.312 TEC. - 13/7/15

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

AD. 040.000.000



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
26/04/2018 01:29
rp1832_000

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 16814482	26/04/2018 às 00:58	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-105/3		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: MARIA SONIA MARINHO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 141927 (1)			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

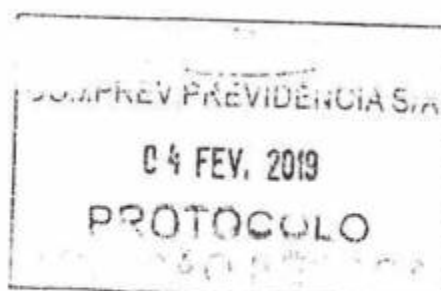
Relacionado a: TRATAMENTO
DOR

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [x] ok
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Mantido: [x] ok
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [x] ok
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Mantido: [x] ok
PROMOVER AQUECIMENTO DAS EXTREMIDADES	Mantido: [x] ok

Mª Sonia Marinho
COREN 141927
Inscrição: 588



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

26/04/2018 00:58

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A - ALA A

Leito: 1A-105/3

Profissional(is):

WELT PEREIRA DE ALMEIDA, ENFERMEIRO(A) COREN 456957/11

Nº: 22233114

26/04/2018

às 00:57

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE METATRSIO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA VO ACEITA, SONO E REPOUSO PRESERVADO, MEDICADO CPM, ELIMINAÇÕES PRESENTE E NORMAL, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE ALTA PARA 7HS DA MANHA, CIENTE DAS RECOMENDAÇÕES.

[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

[1]

WELT PEREIRA DE ALMEIDA
ENFERMEIRO(A)
COREN 456957/11

COMPREV PREVIDÊNCIA S.m
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): FABIANA DE SOUZA ALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1249388 Nº: 22218929 25/04/2018 às 17:20

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 13/11/1983 [1]
Sexo masculino. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHA

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE

Hora 15:00hrs [1]

Hora [1]

Descrição recebo paciente 34 anos para procedimento cirurgico de FRATURA DE OSSO DO PÉ, consciente, orientado, eupneico, afebril, aguardando ser encaminhada ao bloco, sem queixas aos cuidados da enfermagem. [1]

Hora 16:00hrs [1]

Hora [1]

Descrição paciente encaminhado ao bloco para procedimento cirurgico, sem queixas, aos cuidados da enfermagem. [1]

Hora 18:00HRS [1]

Hora [1]

Descrição Paciente retorna do bloco após procedimento de cirurgico, em repouso, pós operatorio, medicado CPM, SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

*Rec. de Tqm
Fát. W. A.
01244388*



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

14/01/2019 09:24

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-105/3	
Profissional(is): MARIA SONIA MARINHO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 141972 [1] Nº: 22233274 26/04/2018 às 01:10			
DADOS DO PACIENTE			
Data De Nascimento	13/11/1983		[1]
Sexo	Masculino.		[1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
Hora	22:00		[1]
Hora			
Descrição	recebi o plantao com paciente em p o l de traturas de tibia,segue medicado de acordo com prescrição medica.sem queixas aos cuidados da enfermagem		[1]
Hora	00:00		[1]
Hora			
Descrição	paciente de repouso no leito sem intercorrências aos cuidados da enfermagem		[1]
Hora	04:00		[1]
Hora			
Descrição	paciente segue medicada de acordo com prescrição medica aos cuidados da enfermagem		[1]
Hora	06:00		[1]
Hora			
Descrição	paciente afebril,consciente,orientado segue sem queixas medicados de acordo com prescrição medica aos cuidados da enfermagem.em venoclise periferico,eupneica com eliminações sono e apetite presente		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALLA, MÉDICO CRM 10582 (1)			
Nº: 22220075 25/04/2018 às 17:47			

IDENTIFICAÇÃO

Nome	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	34 A 5 M	[1]
Data De Nascimento	13/11/1983	[1]
Nº Atendimento	50319562	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO	[1]
----------------	---------------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

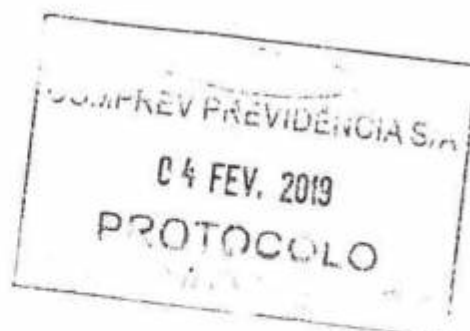
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	Osteossíntese do pé	[1]
-----------	---------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

14/01/2019 09:27

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA LOPES COREN 675097 [1] RAFAEL FERNANDES DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1224997 [2]		Nº: 22211803	25/04/2018 às 14:57

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência	não	[1]
Alergia- Descrição	não	[1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	rafael, cris	[1]
Hora	16:00	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	Integra	[1]
Início Da Anestesia	16:30	[2]
Início Da Cirurgia	16:50	[2]
Circulante	rafael, cris	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado		[1]
Numero Inicial De Compressas	40 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	40 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	Integra	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

SINAIS VITAIS

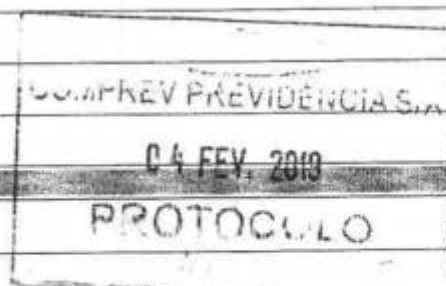
T	36 °C	[1]
Pulso	77 bpm	[1]
PA	126x68	[1]
FC	77 bpm	[1]
FR	20 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Peso	75 kg	[2]
Sat O2	100 %	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	25/04/2018	[1]
	17:00	



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): ANDREA HATTOR NASBALA MEDICO CRM 10582 [1] Nº: 22220480 25/04/2018 às 17:56

DIAGNÓSTICOS

CID10

S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO

[1]

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO



HOSPITAL
GERAL
DA PARAÍBA

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Nome: João Carlos B. da Silva Setor: Intensivismo Data: 25-02-2018
Prontuário: 152.013998 Leito: 105-3 Data de Nascimento: 13-12-1983

HORÁRIO	PA	GLICEMIA	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	PONTUAÇÃO	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDÍACA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (E, A, V, D, S)	PONTUAÇÃO	SOMATÓRIO MEUS	SINALIZAÇÃO DO CÓDIGO	ASSINATURA CARIMBO
01:00																
02:00																
03:00																
04:00																
05:00																
06:00																
07:00																
08:00																
09:00																
10:00																
11:00																
12:00																
13:00																
14:00																
15:00																
16:00																
17:00																
18:00																
19:00																
20:00																
21:00																
22:00																
23:00																
00:00																

Ma Sônia M. Monteiro
Gerente de Enfermagem
Inscrição: 566

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

C= CONSCIENTE A= AGITADO OU CONFUSO V= RESPONDE A ESTÍMULOS VERBAIS D= RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS S= SEM RESPOSTA



HOSPITAL
GERAL
DA PARAÍBA

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Nome: Antônio do Nascimento Setor: Intensivo Data: 26-02-2018
Prontuário: 13142553 Leito: 105-2 Data de Nascimento: 17-02-1963

HORÁRIO	PA	GLICEMIA	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	PONTUAÇÃO	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDÍACA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (G, A, V, D, S)	PONTUAÇÃO	SOMATÓRIO MEWS	SINALIZAÇÃO DO CÓDIGO	ASSINATURA CARIMBO
01:00																
02:00																
03:00																
04:00																
05:00																
06:00	<u>120/80</u>		<u>0</u>	<u>22</u>		<u>120</u>		<u>90</u>		<u>36</u>		<u>0</u>		<u>0</u>	<u>0</u>	
07:00																
08:00																
09:00																
10:00																
11:00																
12:00																
13:00																
14:00																
15:00																
16:00																
17:00																
18:00																
19:00																
20:00																
21:00																
22:00																
23:00																
00:00																

04 FEB. 2018

JOSEFNEY FARIAS

PROT00010

ESTADO DE CONSCIÊNCIA C= CONSCIENTE A= AGITADO OU CONFUSO V= RESPONDE A ESTÍMULOS VERBAIS D= RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS S= SEM RESPOSTA

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA DL Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998
 Convenio: HAPVITA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 0016811158 25/04/2018 às 17:54
 Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA Leito: LEIT-3/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE						3/3h	ORAL
2. Hidratação Venosa						22:00	22:00
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						22:00	22:00
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)						22:00	22:00
Agua Destilada						22:00	22:00
4. PROFENID IV (100.00mg)						22:00	22:00
Soro Fisiológico 0,9%						22:00	22:00
5. PLAMET (5.00mg/ml)						22:00	22:00
Agua Destilada						22:00	22:00
6. OMEPRASEC (40.00mg)						22:00	22:00
Agua Destilada						22:00	22:00
7. TRAMAL (50.00mg/ml)						22:00	22:00
Soro Fisiológico 0,9%						22:00	22:00
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)						22:00	22:00
Agua Destilada						22:00	22:00
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA							
10. SINAIS VITAIS							
14. Alta em: 26/04/2018							
Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRALA							

Legenda horário: ○ Indica item não administrado.

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 16811158 25/04/2018 às 17:54 Prontoário: 15278998
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA Leito: LEIT-3/1 Peso: 70.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL CRM-10

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico CRM-10

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1FRAP (C/1GR) 8/8h EV CRM-10
Aqua Destilada 10 ml

4. PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1FRAP (C/100MG) 12/12h EV CRM-10
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml

5. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV CRM-10
Aqua Destilada 18 ml

6. OMEPRASEC (40.00mg) 40mg 1FRAP (C/40MG) 24/24h EV CRM-10
Aqua Destilada 18 ml

7. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV SN CRM-10
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml

8. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV CRM-10
Aqua Destilada 18 ml

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA CRM-10
10. SINAIS VITAIS CRM-10

11. Alta em: 26/04/2018 ALTA MELHORADO

Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRALA

Profissionais CRM-10582 ANDREA HATTORI NASRALA

Dr. Adriano H. Naveiro
Cirurgião e Internista
CRM 10.332 1551 - 13.745

COMPANHIA PARANENSE DE
FARMACIA S/A
04 FEV. 2018
PROT. 100.10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

NOME
 LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

DOC. IDENTIF. - CATEGORIA Nº
 2819750 SSP PR

CPF
 048.645.734-39

DATA NASCIMENTO
 13/11/1983

FUNÇÃO
 JOSE BERNARDO DA SILVA
 MARGARIDA BEVERINA DA SILVA

PERMISSÃO **NOTA** **CAD. EM**
☒ ☒ ☒

IP RESID. **VALIDADE** **P. EXPIRAÇÃO**
 0449081999 01/03/2022 07/07/2009

DESTINAÇÃO

Josef. Bernard da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
 JOAO PESSOA, PB 06/03/2017

Paula
 ASSINATURA DO EMISSOR

76878581240
PB034214735

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467382887

PERMISSÃO PLÁSTICA
1467382887

PROPRIEDADE PREVIDENCIAL S/A
 13 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 13/01/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930066458
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

REN. 2018000001338856
1 01076493367 00/00000000 2018

NOME
ROSINALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 08345610420 PLACA OEY2811/PE

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2JB0100GR111584

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL

PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / POP 110I

CAP. / POT. / CIL. 2 P/109 / CI CATEGORIA PARTIC

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

FADIA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/04/2018

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL 0 DATA 05/04/2018

JOAO PESSOA - PB 16730

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 013930066458 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 05/04/2018

CPF / CNPJ 08345610420 PLACA OEY2811/PE

REN. 01076493367 HONDA / POP 110I

ANO. PAS CIL. CIL. 2015 9 9C2JB0100GR111584

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 05/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.006/0001-34

5506-1301553-20180405

PROTÓTIPO PREVIDENCIÁRIO
13 JAN. 2018
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095229 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURAS DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Lourival Bernardo Silva
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2819750 SSP-PB
CPF: 048.845.734-39
Profissão: leiteiro
Endereço: R. Santo Amaro, nº 125, Otazeiro
CEP: _____
Telefone: 83 98793-2853

OUTORGADO:

Nome: Flávia da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
CPF: 018.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: 83 98873

13 JAN. 2019
PROTOCOLO
AS 1050 PESS

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lourival Bernardo Silva

João Pessoa, 09/01/2019

Local e data

X Lourival Bernardo da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECONHECIMENTO: VIEIRA BATISTA / 2 01/01/2019 10:07:58

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) seguinte(s) assinatura(s):

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 09/01/2019 10:07:58

IVONE TE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVÃO AUTORIZADA

C2019-001172 ENCL:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1A66404-T80V

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Lourival Bernardo Silva
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2819750 SSP-PB
CPF: 048.845.734-39
Profissão: leiteiro
Endereço: R. Santo Amaro, nº 125, Otazeiro
CEP: _____
Telefone: 83 98793-2853

OUTORGADO:

Nome: Flávia da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
CPF: 018.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: 83 98873

13 JAN. 2019
PROTOCOLO
AS 1050 PESS

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lourival Bernardo Silva

João Pessoa, 09/01/2019

Local e data

X Lourival Bernardo da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECONHECIMENTO: VIEIRA BATISTA / 2 01/01/2019 10:07:58

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 09/01/2019 10:07:58

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVÃO AUTORIZADA

C2019-001172 ENCL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1A66404-T80V

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041027/19

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

CPF: 048.845.734-39

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/04/2018

Titular do CPF: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA : 048.845.734-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA