



Número: **0801090-32.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LOURIVAL BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35200871	07/10/2020 10:53	2755867_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 14 de 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

Carta nº 13811556

Pag. 01445/01446 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Carta nº 13916550

Pag. 01283/01284 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 01947/01948 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

Nº do seguro ou ASL:

CPF da vítima:

048.845.734-39

Nome completo da vítima:

Baurival Bernardo Silva

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

Nome completo:

Baurival Bernardo Silva

CPF:

048.845.734-39

Profissão:

Técnico

Endereço:

R. Santo Amaro

Número:

125

Complemento:

Bairro:

Oitizero

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).

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO 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)☐ Itau (311)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (somente em banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

00021997

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74 art. 3º, A, 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a conclusão do laudo de seu confiado.

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:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vix. nascor)?

☐ Sim☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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:

Baurival Bernardo Silva

CPF:

048.845.734-39

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:

(*) 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:53:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710535018700000033637116

Número do documento: 20100710535018700000033637116



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
Notificante



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

Nº do seguro ou ASL:

CPF da vítima:

048.845.734-39

Nome completo da vítima:

Baurival Bernardo Silva

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

Nome completo:

Baurival Bernardo Silva

CPF:

048.845.734-39

Profissão:

técnico

Endereço:

R. Santo Amaro

Número:

125

Complemento:

Bairro:

Oitizero

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).

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO 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 (somente em banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

00021997

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74 art. 3º, A, 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a não devolução de seu contributo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou 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:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vix. nascor)?

☐ Sim☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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:

Baurival Bernardo Silva

CPF:

048.845.734-39

Assinatura de quem assina a RGO

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:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

CPF:

(*) 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: 13/08/2018

Comandante do BAPH

Wagner Lopes de Sousa - M. B. M.
Mat. 522.846-8

**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 Souza
Chefe da 3ª Seção

527630-6

COMPREV PREVIDENCIA Sin
13 JUL 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Góes, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7970 (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
OITIZEIRO
JOÃO PESSOA - PB
58088-550

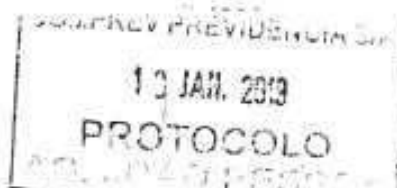


5013196987418950000000917130260918

REMETENTE

009306

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



- | | | |
|---|--|---|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ OUTROS |
| ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | ☐ AUSENTE | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: _____

EM: _____

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM AFU20X

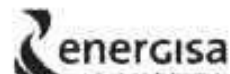


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Rotina para nearest pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica Nº 014.146.733

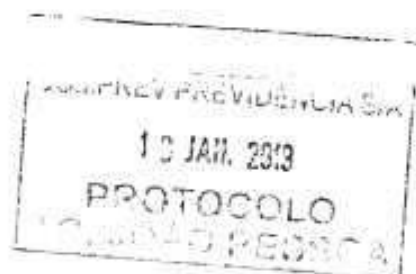


ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa - PB - CEP 58071-488
CNPJ 08.295.193 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

DESCRIÇÃO DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
ANA GLORIA DA SILVA CAMARA RUA DA REPUBLICA 399 JOÃO PESSOA		5/280012-6		
PERÍODO DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO	DATA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	19/10/2018	722	26/10/2018	R\$ 701,74

Acesse: www.energisa.com.br

		ANA GLORIA DA SILVA CAMARA Rotômetro: 07-001-698-3146 CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/10/2018	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATA-CUJA	
26/10/2018	R\$ 701,74	580012-6-10-0	



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, inscrito (a) no CPF/CNPJ 48.079.624, 89,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karyal Bernardo Silva, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 048.845.734-39, do sinistro de DPVAT cobertura inculpado da Vítima
Lawrence Bernardo Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.845.734-38, 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>390</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



DLDR.005 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosivaldo P. de Oliveira
RG nº 3439-053, Data de Expedição: 29/01/2016, Orgão: SSP-PB
Portador do CPF nº 083.456.104 - 20, com domicílio na cidade de João Pessoa

PB, no Estado de PB

Onde resido na (Rua / Av./Est.) Alta Cruz 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 Kaionel Bernardo Silva

Cujo o condutor era Kaionel Bernardo Silva

Veículo: Moto

Modelo: Pop 350i

Ano: 2016

Placa: 06V-2811

Chassi: 902 J3010000141584

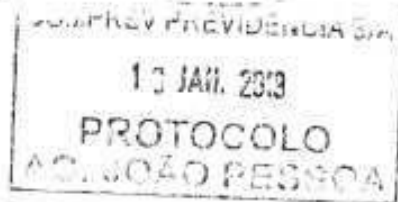
Data do acidente: 19 / 04 / 2018

Local e Data Rua Djalma Vilas Intermares - Cabedelo - PB



ASSINATURA DO DECLARANTE

Kaionel B. de Silva



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



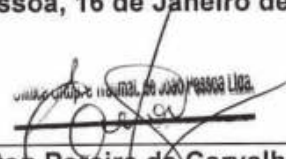


Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa – Paraíba
CNPJ: 12.361.267/0088-44

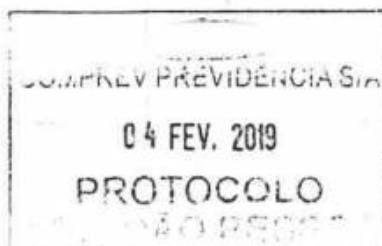
D E C L A R A Ç Ã O

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.



Everton Pereira de Carvalho
Faturista





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

50319562

!UBER

25/04/2018 12:49:35

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

RI - LUANA SCHYARA MATIAS DOS SANTOS

1253

TRANSPORTE SEGURO DO PACIENTE	Data de Revisão: 08.06.2017
-------------------------------	--------------------------------

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

BAIXO RISCO: paciente não dependente de suporte ventilatório / estável nas últimas 24h - MAQUEIRO.

MÉDIO RISCO: paciente em suporte ventilatório, porém se mantava estável nas últimas 24h - MAQUEIRO 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 (saída): TEMP: <u>36.0</u> °C PULSO: <u>80</u> bpm FR: <u>20</u> mrrpm P.A.: <u>130 x 40</u> 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 SUORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TTOT/TOT () SVD () GTT () NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSIS () AVC () IAM () NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSÓIS () GOTÍCULAS () NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO CASO SIM, QUAL? _____ SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm P.A.: _____ mmHg	TRANSPORTADO POR: () MAQUEIRO: <u>Polu</u> () TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <u>Polu</u> () ENFERMEIRO(A): <u>Hayana</u> () MÉDICO: _____	RECEBIDO POR: () MÉDICO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ TÉC. ENFERM.: _____
---	--	--

DATA: _____ HORÁRIO: _____ RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO SINAIS VITAIS (saída): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm 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 INFUSÃO? () SIM () NÃO SUORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TTOT/TOT () SVD () GTT () NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSIS () AVC () IAM () NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSÓIS () GOTÍCULAS () NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO CASO SIM, QUAL? _____ SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm P.A.: _____ mmHg	TRANSPORTADO POR: () MAQUEIRO: _____ () TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ () ENFERMEIRO(A): _____ () MÉDICO: _____	RECEBIDO POR: () MÉDICO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ TÉC. ENFERM.: _____
--	--	--

DATA: _____ HORÁRIO: _____ RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO SINAIS VITAIS (saída): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm 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 INFUSÃO? () SIM () NÃO SUORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TTOT/TOT () SVD () GTT () NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSIS () AVC () IAM () NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSÓIS () GOTÍCULAS () NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO CASO SIM, QUAL? _____ SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm P.A.: _____ mmHg	TRANSPORTADO POR: () MAQUEIRO: _____ () TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ () ENFERMEIRO(A): _____ () MÉDICO: _____	RECEBIDO POR: () MÉDICO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ TÉC. ENFERM.: _____
--	--	--

DATA: _____ HORÁRIO: _____ RISCO: () BAIXO () MÉDIO () ALTO SINAIS VITAIS (saída): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm 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 INFUSÃO? () SIM () NÃO SUORTE DE OXIGÊNIO? () SIM () NÃO USO DE DROGA VASOATIVA? () SIM () NÃO DISPOSITIVOS? () CVP () CVC () DRENOS () SNG/SNE () TTOT/TOT () SVD () GTT () NÃO PACIENTE DE PROTOCOLO? () SEPSIS () AVC () IAM () NÃO ISOLAMENTO? () CONTATO () AEROSSÓIS () GOTÍCULAS () NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? () SIM () NÃO CASO SIM, QUAL? _____ SINAIS VITAIS (chegada): TEMP: _____ °C PULSO: _____ bpm FR: _____ mrrpm P.A.: _____ mmHg	TRANSPORTADO POR: () MAQUEIRO: _____ () TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <u>14 FEB</u> () ENFERMEIRO(A): <u>207000</u> () MÉDICO: _____	RECEBIDO POR: () MÉDICO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ TÉC. ENFERM.: _____
--	--	--

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e de outras Providências. Diário Oficial da União. 28 fev 2010. Seção 1:48. [acesso em 20 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/normas/normas-saude/2010/20100224/201002240210.pdf>



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

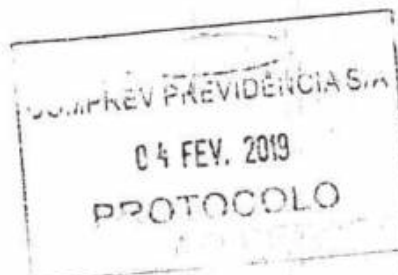
TRATAMENTO CIRURGICO CORREÇÃO DAS LESÕES DIR. .

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA DO USUÁRIO:

Dr. Lucio
Ortopedista
CRM 10.550



4422530

HOSPITAL
PARAIBA

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4422530

Atendimento: 50319582 Prontuário: 15278998 LOURIVAL BERNARDO DA SILVA HAPVIDA JOAO P

Cirurgia Prog.: 30725127 FATURAS DE FÉRIAS - TRATAMENTO CIRURGICO Cirurgia Realizada: Cirurgia no 5º andar

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

Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0	Atendimento Médico-Hospitalares					30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 110 ML()	3	3	2	OL
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5	2	2	2	OL	30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 120 ML()	3	3	3	
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N.25 - 1 UD()	1	1	1	OL	30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD()	1	1	1	OL
118456	AGULHA DESC DE RAQUE N.26 - 1 UD()	1	1	1	OL	30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD()	1	1	1	OL
118457	AGULHA DESC DE RAQUE N.27 - 1 UD()	1	1	1	OL	31135	SONDA ENDOT DESC 7.0 C/BALAO - 1 UD()	1	1	1	OL
118458	AGULHA DESC DE RAQUE N.28 - 1 UD()	1	1	1	OL	31145	SONDA ENDOT DESC 7.5 C/BALAO - 1 UD()	1	1	1	OL
118459	AGULHA DESC DE RAQUE N.29 - 1 UD()	1	1	1	OL	31151	SONDA ENDOT DESC 8.0 C/BALAO - 1 UD()	1	1	1	OL
118460	AGULHA DESC DE RAQUE N.30 - 1 UD()	1	1	1	OL	31321	SONDA FOLEY COM 2 VAS 14 - 1 UD()	1	1	1	OL
118461	AGULHA DESC DE RAQUE N.31 - 1 UD()	1	1	1	OL	50881	TORNEIRA 33 VIAS - 1 UD()	1	1	1	OL
118462	AGULHA DESC DE RAQUE N.32 - 1 UD()	1	1	1	OL	147258	TRANSFUSOR - 1 UD()	1	1	1	OL
118463	AGULHA DESC DE RAQUE N.33 - 1 UD()	1	1	1	OL	0	Medicamentos				
118464	AGULHA DESC DE RAQUE N.34 - 1 UD()	1	1	1	OL	32727	ADRENALINA AMPL 1 ML (EPINEFRINA AMP)	2	2	2	
118465	AGULHA DESC DE RAQUE N.35 - 1 UD()	1	1	1	OL	34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML (AGUA BIL)	4	4	4	
118466	AGULHA DESC DE RAQUE N.36 - 1 UD()	1	1	1	OL	133985	AGUA DESTILADA 20 ML AMPL 20 ML()	1	1	1	
118467	AGULHA DESC DE RAQUE N.37 - 1 UD()	1	1	1	OL	39144	ANTAK AMPL 2 ML (RANITIDINA 50MG AMP)	1	1	1	
118468	AGULHA DESC DE RAQUE N.38 - 1 UD()	1	1	1	OL	149750	ARAMIN AMPL 1 UD (METARAMINOL AMPL)	4	4	4	
118469	AGULHA DESC DE RAQUE N.39 - 1 UD()	1	1	1	OL	30181	ATROPINA 0.25 MG AMPL 1 ML (ATROPINA AMP)	1	1	1	
118470	AGULHA DESC DE RAQUE N.40 - 1 UD()	1	1	1	OL	36064	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML (BUTILESC)	1	1	1	
118471	AGULHA DESC DE RAQUE N.41 - 1 UD()	1	1	1	OL	139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD (CLONIDINA 150M)	1	1	1	
118472	AGULHA DESC DE RAQUE N.42 - 1 UD()	1	1	1	OL	34456	CLORATO DE PROMETAZINA AMPL 2 ML (PR)	1	1	1	
118473	AGULHA DESC DE RAQUE N.43 - 1 UD()	1	1	1	OL	36511	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML AMPL 2.5 ML (DEXA)	1	1	1	
118474	AGULHA DESC DE RAQUE N.44 - 1 UD()	1	1	1	OL	36075	DIASEPAN 10 MG AMPL 2 ML (DIASEPAN 10MG)	1	1	1	
118475	AGULHA DESC DE RAQUE N.45 - 1 UD()	1	1	1	OL	124102	DIAMORF 0.2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML (MORFINA)	1	1	1	
118476	AGULHA DESC DE RAQUE N.46 - 1 UD()	1	1	1	OL	118477	DIAMORF 10 MG AMPL 1 ML (MORFINA 10M)	1	1	1	
118477	AGULHA DESC DE RAQUE N.47 - 1 UD()	1	1	1	OL	48887	DIAMORF 1MG/ML (2ML) AMPL 2 ML (MORFINA 1M)	2	2	2	F
118478	AGULHA DESC DE RAQUE N.48 - 1 UD()	1	1	1	OL	36008	DIPRONA 1 G AMPL 2 ML (DIPRONA AMP)	1	1	1	
118479	AGULHA DESC DE RAQUE N.49 - 1 UD()	1	1	1	OL	18542	DIPRONA 20ML AMPL 20 ML (DIPRONA 20ML)	1	1	1	
118480	AGULHA DESC DE RAQUE N.50 - 1 UD()	1	1	1	OL	39385	DIPRONA 20ML AMPL 2 ML (DIPRONA 20ML)	1	1	1	
118481	AGULHA DESC DE RAQUE N.51 - 1 UD()	1	1	1	OL	40037	DIPRONA 15 MG AMPL 3 ML (DIPRONA 15M)	1	1	1	
118482	AGULHA DESC DE RAQUE N.52 - 1 UD()	1	1	1	OL	40045	DIPRONA 5 MG AMPL 5 ML (DIPRONA 5M)	1	1	1	
118483	AGULHA DESC DE RAQUE N.53 - 1 UD()	1	1	1	OL	126122	DRAMIN B6 DL 4 AMPL 10 ML (DRAMINATO)	1	1	1	
118484	AGULHA DESC DE RAQUE N.54 - 1 UD()	1	1	1	OL	119185	EFEDRINA AMPL 1 UD()	1	1	1	
118485	AGULHA DESC DE RAQUE N.55 - 1 UD()	1	1	1	OL	40142	EFORTIL AMPL 1 UD (ETILEFRINA AMP)	1	1	1	
118486	AGULHA DESC DE RAQUE N.56 - 1 UD()	1	1	1	OL	126982	ESMERON FRAS 5 ML (ROCURON 10MG FRAS)	1	1	1	
118487	AGULHA DESC DE RAQUE N.57 - 1 UD()	1	1	1	OL	40478	FENTANIL 10ML FRAP 10 ML (FENTANIL 10 ML)	1	1	1	
118488	AGULHA DESC DE RAQUE N.58 - 1 UD()	1	1	1	OL	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML (FENTANIL 2 ML)	1	1	1	
118489	AGULHA DESC DE RAQUE N.59 - 1 UD()	1	1	1	OL	145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML (FENTANIL 5 ML)	1	1	1	
118490	AGULHA DESC DE RAQUE N.60 - 1 UD()	1	1	1	OL	36722	FUROSEMIDA 20 MG AMPL 2 ML (FUROSEMIDA)	1	1	1	
118491	AGULHA DESC DE RAQUE N.61 - 1 UD()	1	1	1	OL	48545	GLICOSE 25% AMPL 10 ML (GLICOSE 25% AMP)	1	1	1	
118492	AGULHA DESC DE RAQUE N.62 - 1 UD()	1	1	1	OL	36390	HIDROCORTISONA 100 MG FRAP 1 UD (HIDROC)	1	1	1	
118493	AGULHA DESC DE RAQUE N.63 - 1 UD()	1	1	1	OL	36412	HIDROCORTISONA 500 MG FRAP 1 UD (HIDROC)	1	1	1	
118494	AGULHA DESC DE RAQUE N.64 - 1 UD()	1	1	1	OL	41327	HYPNOMIDATE 20MG/10ML AMPL 10 ML (ETUM)	1	1	1	
118495	AGULHA DESC DE RAQUE N.65 - 1 UD()	1	1	1	OL	146509	KAVIT 10MG/ML AMPL 1 ML()	1	1	1	
118496	AGULHA DESC DE RAQUE N.66 - 1 UD()	1	1	1	OL	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD (CEFAZOLINA 1G FR)	1	1	1	
118497	AGULHA DESC DE RAQUE N.67 - 1 UD()	1	1	1	OL	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD (KETAMINA 2 ML AMP)	1	1	1	
118498	AGULHA DESC DE RAQUE N.68 - 1 UD()	1	1	1	OL	48186	MARCANIA BOBACICA AMPL 4 ML (BUPROFENAC)	1	1	1	
118499	AGULHA DESC DE RAQUE N.69 - 1 UD()	1	1	1	OL	48194	MARCANIA PESADA 0.2% AMPL 1 UD (BUPROFENAC)	1	1	1	
118500	AGULHA DESC DE RAQUE N.70 - 1 UD()	1	1	1	OL	45248	MARCAN 0.4MG/ML AMPL 1 ML (NALOXONA 0.4M)	1	1	1	
118501	AGULHA DESC DE RAQUE N.71 - 1 UD()	1	1	1	OL	134164	NOVABUPIVAC 0.5% FRAP 1 UD (LEVOBUPIVA)	1	1	1	
118502	AGULHA DESC DE RAQUE N.72 - 1 UD()	1	1	1	OL	134165	NOVABUPIVAC 0.5% FRAP 1 UD (LEVOBUPIVA)	1	1	1	
118503	AGULHA DESC DE RAQUE N.73 - 1 UD()	1	1	1	OL	46671	NUBAN 10MG AMPL 1 ML (NALBUPINA 10 MG A)	1	1	1	
118504	AGULHA DESC DE RAQUE N.74 - 1 UD()	1	1	1	OL	147070	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD (OMEPRAZOL 40)	1	1	1	
118505	AGULHA DESC DE RAQUE N.75 - 1 UD()	1	1	1	OL	149848	ONDANSETRONA 4MG AMP AMPL 2 ML (ONDAN)	1	1	1	
118506	AGULHA DESC DE RAQUE N.76 - 1 UD()	1	1	1	OL	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML (ONDAN)	1	1	1	
118507	AGULHA DESC DE RAQUE N.77 - 1 UD()	1	1	1	OL	121737	ORASTINA 501/ML AMPL 1 ML (OXITOCINA 501)	1	1	1	
118508	AGULHA DESC DE RAQUE N.78 - 1 UD()	1	1	1	OL	41564	PLAMET 10MG AMPL 2 ML (BROMOPRIDA AMP)	1	1	1	
118509	AGULHA DESC DE RAQUE N.79 - 1 UD()	1	1	1	OL	49561	PLAS L AMPL 2 ML (METOCLOPRAMIDA AMP)	1	1	1	
118510	AGULHA DESC DE RAQUE N.80 - 1 UD()	1	1	1	OL	59609	PROFENID 100MG B FRAP 1 UD (CETOPROFEN)	1	1	1	
118511	AGULHA DESC DE RAQUE N.81 - 1 UD()	1	1	1	OL	43060	PROSTIGMINE AMPL 1 ML (NEOSTIGMINE AMP)	4	4	4	

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

Data: 25/04/2018

Pag. 1 de 2

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

HOSPITAL-
PARAIBA

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4422530

4422530

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

[illegible]

MONONYLON 2.0
11 3.0

Tio de Kirshner n° 1,5
03 unidades.

fxo

~~OL~~

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

04 FEB, 2019

PROTOCOLLO

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

Data: 25/04/2018

Pág. 2 de 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:53:51

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710535018700000033637116>

Número do documento: 20100710535018700000033637116

Num. 35200871 - Pág. 18

hapvida		BOLETIM DE ANESTESIA		HOSPITAL PARARIBA	
NOME: <u>LOURIVAL BERNARDO DA SILVA</u>		ALERGIA:			
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:			
PROCEDIMENTO: <u>Reparo de Fratura do Oso da perna</u>		CIRURGIÃO:			
AGENTES INALATÓRIOS		(30)	h	(30)	h
Oxigênio	Limn				
Ar Comprimido	Limn				
Volatil:	%				
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.					
VENTILAÇÃO ☐ Espontânea ☐ Cateter nasal ☐ Máscara facial ☐ Máscara laríngea ☐ Mecânica ☐ IOT Fr ☐ Filtro respiratório ☐ Sistema circular ☐ Não reinalante					
MONITORIZAÇÃO ☒ Cardioscopia ☒ PANI ☐ Oxímetro de pulso ☐ ETCO2 ☐					
POSICIONAMENTO:					
Fluidos:		SPO2 (%) <u>98% 99% 99% 98%</u> ETCO2 (mmHg) Venoclise G			
SF: SORO FISIOLÓG. RL: RINGER LACTATO SG: SORO GLUCOSADO CH: CONC. HEMACIAS PL: PLASMA FRESCO CR: CRIOPRECIPITADO PT: PLAQUETAS					
TÉCNICA ANESTÉSICA: () Geral (X) Bloqueio <u>Raqui</u> () Sedação/Local ()		DESTINO: () CRPA () UTI () Quarto		04 FEV. 2019 PROTOCOLO ANESTESIA Dr. Kale Araújo de Arruda Anestesiologista - CRM/RB 7699 CPF: 057.323.034-05	
OBSERVAÇÕES:		Agulha/ Cateter: <u>L76</u> Anestésico bloqueio: <u>Ropivacaína</u> Opióide neuraxial: <u>Fentanyl 1mg</u>		INÍCIO: <u>17:00</u> FIM: <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 Nº: 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]
Cópia para o paciente
CRM 10583/1 - 132745

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO



NOTA DE SALA

Atendimento:	50319562	Prontuário:	15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	HAFVIDA JOAO P
Cirurgia(s) :	82190092	FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURG	Tipo Anestesia:	GERAL	
Sala Cirúrgica:	SALA 03		Setor Emissor:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO - Apto.: LEIT-3	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	3230884	FILipe ALMEIDA BOTTER	CRM	10583
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3230872	ANDREA HATTORI NASRALA	CRM	10582
	ANESTESISTA	2867700	ITALO ARAUJO DE ARRUDA	CRM	7699
	CIRCULANTE	3381978	HUMBERTO CAVALCANTI OLIVEIRA	COREN	149392

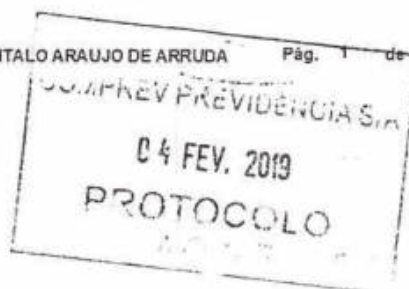
Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
31373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13x4,5 - 1 UD	2	40045	DORMONID 5 MG AMPL 5 ML	1
31498	AGULHA DESC DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	130923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
30082	ATAQUILA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	3
30219	CATETER INTRA VENOSO 22 (ELCO) - 1 UD	1	43900	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
135955	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	44416	TILATIL 20MG FRAP 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158850	COMPRESSA OPERATORIA 25x28 ESTÉRIL C/S UD - 1 UD	11			
27910	ELETRODO FIMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	5			
55328	EQUIPO POLIPIX 2 VIAS - 1 UD	2			
134284	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
60997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100	19	Gases / Aparelhos	
31771	ETER FRAS 1000 ML	50	3	TAXA DE SALA	Início: 16:31 Fim: 17:54
31964	FIO J&J Mononylon (11715) - ETHILON*BLACK3-0 - 1 UD	1	6	BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR	Início: 16:31 Fim: 17:54
31976	FIO J&J Mononylon (12157) - ETHILON* BLK 2-0 - 1 UD	1	7	MONITOR DE DEBITO CARDIACO	Início: 16:31 Fim: 17:54
133605	GAZE 10x10 ESTÉRIL PCT C/10 PCT 1 UD	7	20	CAPNOGRAFO	Início: 16:31 Fim: 17:54
27227	GAZE A COLCHOADA 15x15 PCT 15 CM	5	17	OXIGENIO	Início: 16:31 Fim: 17:54
80867	GORRIO DESCARTAVEL PCT 90 UD	6	22	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	Início: 16:31 Fim: 17:54
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2		OXIMETRO DE PULSO	Início: 16:31 Fim: 17:54
10635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC. ESTÉRIL N-7,0 - 1 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTÉRIL N-7,5 - 1 PA	2			
30695	LUVA DESC. ESTÉRIL 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			
30649	PROPEIS DESCARTAVEL PCT 100 UD	6			
30648	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: FILIPE ALMEIDA BOTTER

Anestesista: ITALO ARAUJO DE ARRUDA

Pág. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:53:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710535018700000033637116>

Número do documento: 20100710535018700000033637116

Num. 35200871 - Pág. 21

PACIENTE	
Nome do Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	
Codigo Paciente: 028V8000002003	
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:	

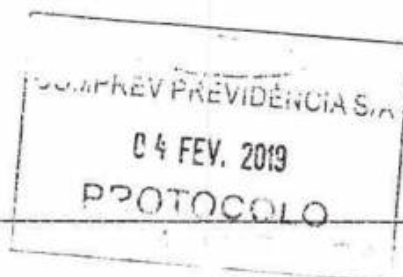
INFORMACOES ADICIONAIS				
Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
CREJANE	DIONE	JMARCEL2	ALINEAV	
Dt Informacao Paciente		Qdt Dias		Situacao
25/04/2018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

MATERIAL AUTORIZADO		USUARIO COM COBERTURA OPMES									
Codigo	Descricao	Tip	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornec	VL GNHAP	Tx Com	Autoriz	Ep	Lib
99800302	FIO DE KIRSCHNER	ME	PRESTADOR	3	13.00	13.00	8.50	35.00	SM	NR	
99800405	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:

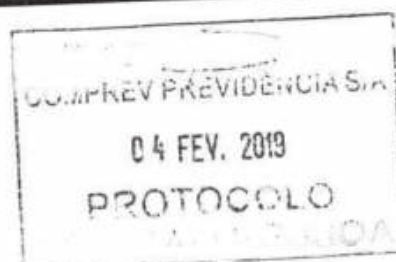
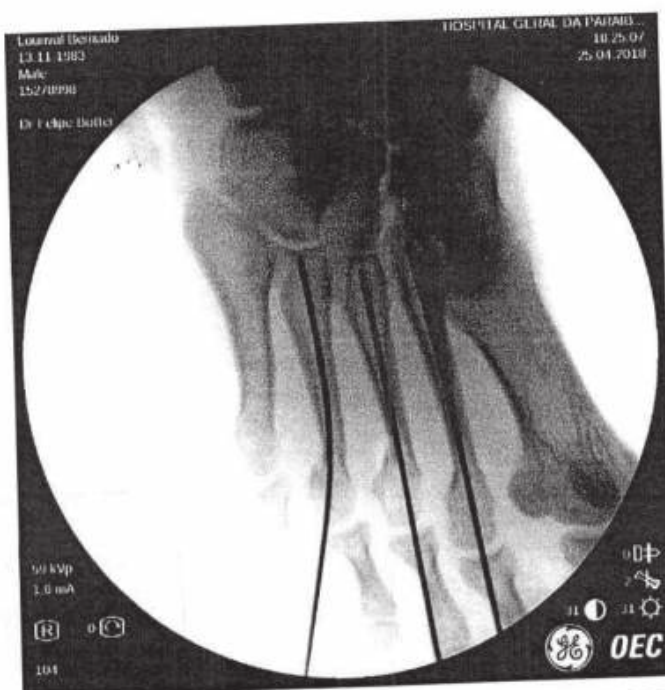
OBSERVACAO

31879



R_OPMES 57636001





HOSPITAL
PJE-139

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, João Manoel B. de Silva, inscrito no CPF sob o nº 043.245.734-39, 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 imprevisível(eis) 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: João Manoel B. de Silva
RG: 28.19.950
Data de nasc.: 13/11/1983 Grau de parentesco: _____

João Pessoa, 25 de ABRIL de 2018.

João Manoel B. de Silva
Assinatura do paciente/representante legal

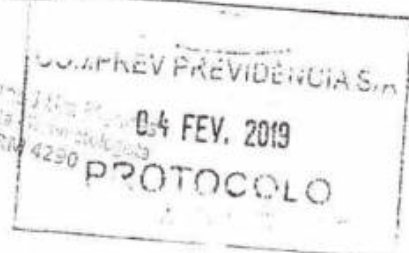
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, LUCIANO JOSÉ LIMA MORAES, 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



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

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 - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: LEIT-3/1		
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA - MÉDICO - CRM 1058211			
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

- CEFLEXINA 10 DIAS NA ALTA

- RETORNO EM 1 SEMANA PARA CURATIVO

Assinatura
Dra. Andrea Nasrala
CRM 1058211
RPA - 13.745

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
AD. 040.000000





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
26/04/2018 01:29
p1532_sse

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

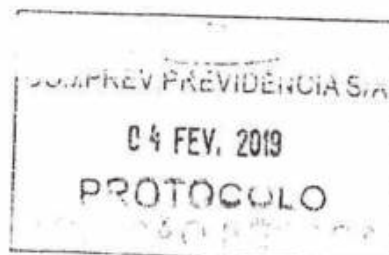
Relacionado a: TRATAMENTO
DOR

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

Maria Sônia Marinho
COREN 141927
Inscrição: 588



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

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): VETE PEREIRA DE ALMEIDA ENFERMEIRO AT 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.		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Acesso Periférico	Sim		

HOSPITAL PARAIBA
ENFERMEIRO
COREN 456957

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

25/04/2018 18:44

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Letto: 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		
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		
Descrição	paciente encaminhado ao bloco para procedimento cirurgico, sem queixas, aos cuidados da enfermagem.	[1]

Hora	18:00HRS	[1]
------	----------	-----

Hora		
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 Suelio
F. de S. Torres
001249388*



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

14/01/2019 09:24

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: 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 i 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			



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

14/01/2019 09:43

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

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

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRATA, 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

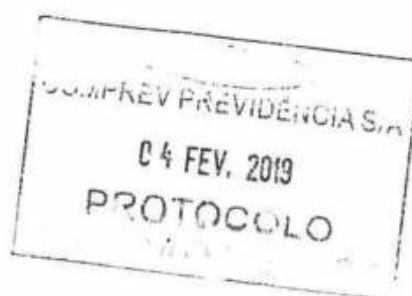
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

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

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

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



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

14/01/2019 09:27

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): 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		

COMPREV PREVIDÊNCIAS S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO





HOSPITAL
DE PARARIBÁ

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

14/01/2019 09:44

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

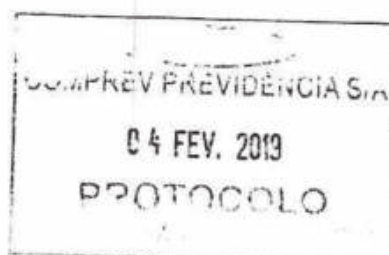
Profissional(is): ANDREA BATISTORINASBALA MEDICO CRM 10582/10 Nº: 22220480 25/04/2018 às 17:56

DIAGNÓSTICOS

CID10

S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO

[1]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:53:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710535018700000033637116>

Número do documento: 20100710535018700000033637116

Num. 35200871 - Pág. 32



HOSPITAL GERAL
DE PARAITUBA

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Nome: João Vinícius B. da Silva Setor: Intensivado Data: 25-04-2018
Prontuário: 152.82998 Leito: 105-3 Data de Nascimento: 13-11-1983

HORÁRIO	PA	GLUCEMIA	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	PONTUAÇÃO	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDÍACA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (A, V, D, S)	PONTUAÇÃO	SOMATÓRIO ALEXIS	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																

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

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

www.hapvida.com.br | www.hapvida.com.br/maisodonto | hapvida.saude | @hapvidasaude | CNPJ: 09.114.695/0001-07

Dr. Sônia Marinho
CRM: 147127
Médico: 568

CUMPREV PREVIDEN
04 FEV. 2018
PROTODOT





HOSPITAL
GERAL
DA PARAÍBA

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Nome: Antônio do Nascimento Data: 26-09-2018
Prontuário: 13142553 Leito: 105-2 Data de Nascimento: 28-02-1963
Setor: Intensivado

HORÁRIO	PA	GLUCEMIA	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	PONTUAÇÃO	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDÍACA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (G, A, V, D, S)	PONTUAÇÃO	SOMATÓRIO	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																

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

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

www.hapvida.com.br

www.hapvida.com.br/maisdonito

hapvida.saude

@hapvidasaude

hapvida.saude



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3
Emissão 25/04/2018 21:11:45

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA DL Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998
Convenio: HAPVIDA 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	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	
3. CEFALOXILINA SODICA (1.00g) (D1/1)	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	1 FRAP (C1GR)	8/8h EV	
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	100 ml	1 FRAP (C100MG)	12/12h EV	
5. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C10MG)	8/8h EV		
6. OMEPRASEC (40.00mg)	40 mg	1 FRAP (C40MG)	24/24h EV		
7. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C100MG)	8/8h EV		
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C500MG)	6/6h EV		
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					
10. SINAIS VITAIS					
14. Alta em: 26/04/2018					
Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRATA					

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

RP1531

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
C.R.C. - 455937

25/04/2018 21:11

10.1.32.202



PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão: 25/04/2018

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Nascimento: 13/11/1983
Atendimento: 50319562
Prontuário: 15278998
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO 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

(D1/1) 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

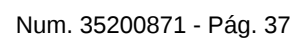
11. Alta em: 26/04/2018 ALTA MELHORADO

Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRALA

Profissionais CRM-10582 ANDREA HATTORI NASRALA

Dr. Suelio H. Moreira
CRM 10.332 1001 - 13.745

13 JAN. 2013
PROTOCOLLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA - CDS - RENAVAM - RPT 20180000333885-8
1 01076493367 00/00000000 2018

NOME
ROSINALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 08345610420 PLACA OEY2811/PE

PLACA ANT / UF NOVO PE 9C2JB0100GR111584

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTO/ICCP/NAO APUC GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

CAP / POT / CIL 2 P/109 /C1 CATEGORIA PARTIC

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 05/04/2018

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL DATA
JOAO PESSOA - PB 05/04/2018

16730 5506

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

EXERCICIO DATA EMISSÃO
2018 05/04/2018

VIA - CPF / CNPJ 08345610420 PLACA OEY2811/PE

RENAVAM 01076493367 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. CIL. DRE. 2015 9 9C2JB0100GR111584

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) DINATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) DATA DE QUITAÇÃO

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

SEGURO PAGO
SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.008/0001-04

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 seqüela

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



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

