

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **BIVALDO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180543964**

Vítima: **BIVALDO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **04/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543964**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13611886



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CER:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0729

CONTA:

03656

6

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 (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



0729

013

3656-6

PROTÓTIPO PREVIDENCIÁRIO
13 NOV. 2018
PROTÓTIPO
JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02172.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02172.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:31 horas do dia 09 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Bivaldo Alves da Silva**, CPF nº 053.695.214-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Francisca Severina da Silva e João Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Dr. Euclides Neiva de Oliveira, Nº 101, complemento APT 101-MANGABEIRA IV, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antiga A&C, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-8041.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Epitácio Pessoa, Hotel Royal, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/18 04:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

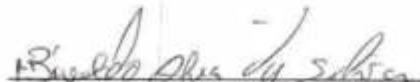
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/POP 110 I, ano e modelo: 2017 de cor vermelha, placa QFM 8904/PB, Chassi nº 9C2JB0100HR254207, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão quando sentiu uma sonolência e terminou por colidir em um objeto fixo (placa) que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 25.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID S00,9 + S01,8 + S62,6 e S83,1

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, 09 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


BIVALDO ALVES DA SILVA
Notificante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CER:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729

☐

CONTA: 03656

☐

6

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 (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/114, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2151263, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA** idade 34 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x objeto fixo)** no dia 04/08/2018, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Miramar - João Pessoa - aproximadamente às 04:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



13 NOV. 2018

13 NOV 2018
PROCESSED



Source: Author's calculations. Reference: C. 2016.

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

2014年12月14日 星期一 12:14

출판사: 도서출판 새문나래, 2010년 12월 10일 발행, 2011년 1월 10일
 1차 인쇄, 2011년 1월 10일 2차 인쇄, 2011년 1월 10일 3차 인쇄

Copyright © 2009 by John Wiley & Sons, Inc.

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.942.224-16

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
23/09/16	2590	23/09/16	3094			304			23
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Taxa	Ag. Um. (R\$)	Base (R\$)	Por (R\$)	Consumo
0001	Consumo em kWh	224.000	0,000000	11,75	11,75	24	44,34	172,76	1,21
0001	Ado B Vermoha			15,71	15,72	24	3,93	15,72	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTROLE SERVIÇO PUBLICA			0,15	0,00	0	0,07	0,00	0,00

Medida elétrica medida (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
105 H28/10/2018 H28/10/2018 (kWh)		R\$ 207,23

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99

acb7_d360_4152_6dfc_e508_1855_4f76_7143

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
220V/240V	220V	NOMINAL
240V/260V	240V	
260V/280V	260V	CONTRATADA
280V/300V	280V	
300V/320V	300V	LIMITE INFERIOR
320V/340V	320V	
340V/360V	340V	LIMITE SUPERIOR
360V/380V	360V	
380V/400V	380V	
400V/420V	400V	
420V/440V	420V	
440V/460V	440V	
460V/480V	460V	
480V/500V	480V	
500V/520V	500V	
520V/540V	540V	
540V/560V	560V	
560V/580V	580V	
580V/600V	600V	
600V/620V	620V	
620V/640V	640V	
640V/660V	660V	
660V/680V	680V	
680V/700V	700V	
700V/720V	720V	
720V/740V	740V	
740V/760V	760V	
760V/780V	780V	
780V/800V	800V	
800V/820V	820V	
820V/840V	840V	
840V/860V	860V	
860V/880V	880V	
880V/900V	900V	
900V/920V	920V	
920V/940V	940V	
940V/960V	960V	
960V/980V	980V	
980V/1000V	1000V	

ATENÇÃO

Results Taffers-Viginga 2002-16 Res. A100L #2 434-Beds Tensio 15.41% Moed
Results Taffers-Viginga 2002-16 Res. A100L #2 434-Abs Tensio 16.75% Moed
J. L. de Boer

2. Methods

PARANA

#10490 12-8-2024 243
 #10490 12-8-2024 243

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR

29/10/2018 RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005018-0



13 NOV. 2018
PROTOCOLLO
1040 PESS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CER:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0729

CONTA:

03656

6

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 (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

São Pessoa - PB 19/11/2018

Bivaldo Alves da Silva

053.695.214-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, 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.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BIVALDO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 03/04/84
NOME DA MÃE FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.099.061
Nº PRONTUARIO 110.263
DATA DO ATENDIMENTO 04/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 05:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO FRONTAL + FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO E + LUXAÇÃO DO JOELHO
CID 10 S 00.9 + S 01.8 + S 62.6 + S 83.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x placa), apresentando ferimento corto-contuso em região frontal, com sonolência, desorientado, além de dor intensa e deformidade no joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da mão E - AP e P
RX da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



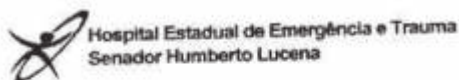
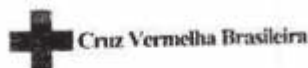
TRATAMENTO:

Fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão E + luxação do joelho E ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 26/08/18
DATA DA EMISSÃO: 25/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 1515

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1099061



Identificação do paciente						
ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110263		
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA		Pai JOAO ALVES DA SILVA				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987230924	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988953738			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311	Nº Cns				
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade	CBO/R				
Endereço						
CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO			
Número SN	Complemento		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO			
Admissão						
Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						

Imprimir



29/08/2018 15:35

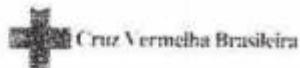


Documento de Alta

Nome: BIVALDO ALVES DA SILVA			Número Prontuário: 110263
Data de 03/04/1984	Sexo: Masculino	Data de Internação: 04/08/2018 14:37:39	Data de Alta: 26/08/2018 12:53:29
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO. PACIENTE COM HISTÓRIA DE REDUÇÃO ESPONTÂNEA, EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS. PROGRAMADO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR.			
Resumo da Internação:			
Resultado de Exames:			
Tratamento:			
Diagnóstico: S83.1 - Luxação do joelho			
Recomendações: CARGA PARCIAL; TOMAR A MEDICAÇÃO PRESCRITA; EVITAR ATIVIDADE FÍSICA; REPOUSO.			

Data: 26/08/2018

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1099061



Identificação do paciente

ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	Pai JOAO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311	Nº Cns		
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		

Endereço

CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO
Número SN	Complemento	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

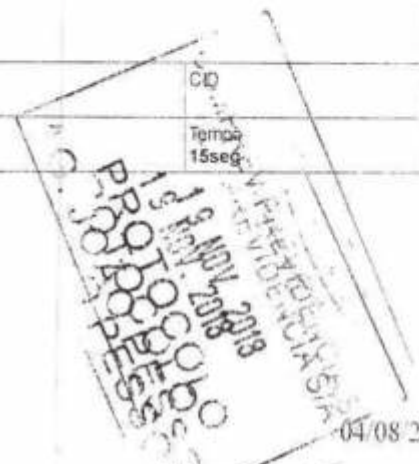
Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente com trauma vitamínico, com sintoma de placa, paralisado, exposto, e com plac.</i>						
Diagnóstico						CD
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 15seg

Imprimir





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, SN, PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BIVALDO ALVES DA SILVA			BAE	1095061	Data/Hora Entrada	04/05/2018 05:20:43	Data saída
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNE					
03/04/1984	34.4m 1d	Masculino	CNE					
Nome	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA							
Nome	JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN			Sexo	VALENTINA DE Figueiredo	Nome do	JOAO PESSOA	UF
Nome	MOTO X OBJETO			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	FRANCIELLO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Médico
Data/Hora Classificação	04/05/2018 05:20:43			Data/Hora Prescrição	04/05/2018 12:35:23			9663/

Amnêse

ORTOPEDIA

SPEITA DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO, COM ALARGAMENTO DO ESPAÇO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, POSTERORIZAÇÃO DA TÍRUA AO ELEVAR O MÊ PELO CALCANEIO.

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO INICIAL PELA VASCULAR E REAVALIAÇÕES CONFORME O NECESSÁRIO. DEVIDO O RISCO DE LESÃO VASCULAR ASSOCIADO AO TRAUMA EM QUESTÃO.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR. (OBSERVAÇÕES: PROVÁVEL LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO).

PROCEDIMENTO

TELA INGUINO PODÁLICO. (OBSERVAÇÕES: ESQUERDO).

Conduta

Em observação

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCIELLO DE SOUSA FREITAS
CRM: 6003



52

TRAMADOL 50MG/5ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V. 8/H

CURATIVO. (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

SSVY + CCGG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 4º DEDO DA MAO ESQUERDA - APE PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL).

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE OCULA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS DE FARTIL)

— 1992 —

Thymer Pediatric

DOMINGO ALVES DA SILVA

Dr. Francisco P. Ferrás

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
A.G. JOÃO PESS.



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445335

Paciente		BIVALDO ALVES DA SILVA		SAE	1099061	Data Hora Entrada	04/08/2018 05:20:43	Unidade		
Data do nascimento		03/04/1984		Idade	34a 4m 1d	Sexo	Masculino	CNS		
Mãe		FRANCISCA SEVERINA DA SILVA							Telefone de contato	(03) 35060045
Pai		JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO SR							Outro	
Partenário		VALENTINA DE SOUZA FREITAS								
Assessor		JOAO PESSOA								
MOTIVO X OBJETO		ACIDENTE DE MOTOCICLETA								
Outro		FRANCISCA DE SOUSA FREITAS								
Data Hora Entrada		04/08/2018 05:20:43							Data Hora Saída	04/08/2018 12:12:35

ANAMNESE

HISTÓRICO

OMO PACIENTE NECESSITA PERMANECER EM OBSERVAÇÃO PELA NCR. INTERNO PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DO 4QDE.

PACIENTE COM DOR INTENSA E DEFORMIDADE NO JOELHO ESQUERDO.

DO: INTERNAÇÃO + RADIOGRAFIAS.

STADO DE TIPOLOGIA

DIETA

DIETA LIVRE VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 6/5H, 8,0 (MGTSM)

Outro

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA S.V. 8/5H, COM INTERVALO DE 8H POR 7 DIAS.

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 6/5H, 8,0 (MGTSM)

Outro

DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA S.V. 8/5H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 8/5H, 8,0 (MGTSM) (OBSERVAR)

Outro

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA S.V. 8/5H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 1X AO DIA 8,0 (MGTSM) (OBSERVAR)

Outro

DIAPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.V. 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 8/5H, 8,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA S.V. 12/12H, 8,0 (MGTSM)

Outro

OTOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 MG VIA S.V. 12/12H

Assessor: DR. ANIL KISHORE FERNANDES GOMES

PROTÓCOLO
19 MAR. 2018
JOAO PESSOA
FRENTEVIDE



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	BAE 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data Baixa
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Telefone de Contato (00) 000000000
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43		Data/Hora Prescrição 04/08/2018 08:28:19	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

ACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO DE SUTURA EXTENSA DA COXA DIREITA.
ALTA DA CIRURGIA GERAL.
AOS CUIDADOS DA NEUROLOGIA E ORTOPEDIA.

CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

BIVALDO ALVES DA SILVA

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(: 2563/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		BAE 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data Baixa
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA				Prontuário
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43			Data/Hora Prescrição 04/08/2018 08:55:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, COM VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LACERAÇÃO DA COXA DIREITA, RESOLVIDA PELA CIRURGIA GERAL. SE APRESENTA CONFUSO E ALGO SONOLENTO NO MOMENTO. APRESENTA DOR E DEFORMIDADE NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, COM CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO E FERIMENTO PUNTIFORME NO LOCAL.

RX.: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º QDE.

CD.: LAVAGEM COM SF0,9% + SUTURA + AGUARDAR PARECER DA NRC PARA TRANSFERÊNCIA PARA O TRAUMINHA.

(FEITO PAPEIS DA TRANSFERÊNCIA)

PS.: CASO O PACIENTE PERMANEÇA EM OBS OU INTERNADO SOLICITAR PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 7 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

Conduta

Em observação

Dr. Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 8815
SUS - 36240107-511

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)



Figure 2. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair and views the target through a video camera. The target is a small object (e.g., a ball) that is suspended in the air. The subject's hand is positioned near the target. The video camera is positioned above the target and the subject's hand. The video camera is connected to a computer, which displays the video feed on a monitor. The subject is instructed to move their hand towards the target. The video camera captures the movement of the hand and the target. The computer processes the video feed and displays the target's position on the monitor. The subject is instructed to move their hand towards the target on the monitor. This setup allows for the study of the relationship between the visual feedback and the motor response.

En

62-12-55

1. REDA	2. REDA	3. REDA	4. REDA
5. REDA	6. REDA	7. REDA	8. REDA
9. REDA	10. REDA	11. REDA	12. REDA
13. REDA	14. REDA	15. REDA	16. REDA
17. REDA	18. REDA	19. REDA	20. REDA
21. REDA	22. REDA	23. REDA	24. REDA
25. REDA	26. REDA	27. REDA	28. REDA
29. REDA	30. REDA	31. REDA	32. REDA
33. REDA	34. REDA	35. REDA	36. REDA
37. REDA	38. REDA	39. REDA	40. REDA
41. REDA	42. REDA	43. REDA	44. REDA
45. REDA	46. REDA	47. REDA	48. REDA
49. REDA	50. REDA	51. REDA	52. REDA
53. REDA	54. REDA	55. REDA	56. REDA
57. REDA	58. REDA	59. REDA	60. REDA
61. REDA	62. REDA	63. REDA	64. REDA
65. REDA	66. REDA	67. REDA	68. REDA
69. REDA	70. REDA	71. REDA	72. REDA
73. REDA	74. REDA	75. REDA	76. REDA
77. REDA	78. REDA	79. REDA	80. REDA
81. REDA	82. REDA	83. REDA	84. REDA
85. REDA	86. REDA	87. REDA	88. REDA
89. REDA	90. REDA	91. REDA	92. REDA
93. REDA	94. REDA	95. REDA	96. REDA
97. REDA	98. REDA	99. REDA	100. REDA

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESS
A C

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDUARDO BATISTA DE SALES		1096288	22/07/2018 19:34:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
24/08/1977	40a 10m 29d	Masculino	898000429820978	(83) 987624603
Mãe				Prontuário
MARIA TEREZA BATISTA DE SALES				
Endereço		Bairro	Município	UF
BOM JESUS, 1220		VARJÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA		4149/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
22/07/2018 19:34:33		22/07/2018 23:29:35		

Anamnese

IENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA VÔMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E ENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG/LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VIAS AÉREAS RVIAS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MALAR DIREITA E MENTUAL, PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA ZIGOMATICA DIREITRA, DESNÍVEL EM CORPO DE MANDIBULA DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO INSTAVEL, AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO E CREPITAÇÃO NASAL MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADA. AO EXAME TOMOGRAFICO APRESENTA SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO DIREITO E FRATURA DE CORPO DE MANDIBULA DIREITA (PRESENÇA DE ELEMENTO DENTÁRIO EM LINHA FRATURA).

CD:

1-AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO BMF

2- INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIAS

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAUSEA DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

PROTÓCOLO
13 NOV 2018
JOAO PESSOA

SOLUÇÃO-FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MG TSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MG TSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

ELISA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

EDUARDO BATISTA DE SALES

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONÇA
(: 4149/PB)



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES, 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 24/08/2018 07:55:00

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110263	Planção DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 24/08/2018 07:54:35)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#18o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 23/08/2018 09:24:42

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061		Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 23/08/2018 09:24:26)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#17o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 22/08/2018 13:15:04

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 22/08/2018 13:18:53)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#16o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

amanhã conversar com o paciente para colocar imobilização e pensar em iniciar carga parcial
raio-x de mão esquerda
vpm

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES. 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 20/08/2018 07:44:23

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110263	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 20/08/2018 07:44:23)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#14o dpo de fratura exposta de 4o qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção

RNM marcada para dia 16/08/2018

cd: aguarda resultado da RNM

discutir com preceptoria

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 13/08/2018 07:09:03

P:
B:
D:
O:
T:

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1099061		Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263	Plantão DIURNO
Tempo de Internação		Convênio SUS			

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 13/08/2018 07:09:03)

EVOLUÇÃO

ROC PROCEDIMENTO:

SL DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#Bo dih

#Bo dpo de fratura exposta de 4o qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

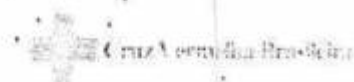
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção na segunda-feira com preceptor

cd: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075



Hospital de Referência
Sistema de InformaçãoGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 3322.65700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/08/2018 09:08:11

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099051	Data/Hora Entrada 04/08/2016 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110263	Plano de DIURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/08/2018 09:08:09)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#6o diu

#6o dpo de fratura exposta de 4o qda

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e suture em cova direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção

od: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8481



Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 10/08/2018 07:47:39)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#6o dih

#5o dpo de fratura exposta de 4o qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguardo RNM + troca de tala inguino podálica

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 09/08/2018 09:07:07

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 110263

EVOLUÇÃO MÉDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/08/2018 09:06:21)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#5o di

#4o dpo de fratura exposta de 4O qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd. solicito tc de joelho esquerdo PELA SEGUNDA VEZ PORQUE NÃO FIZERAM DA PRIMEIRA + RNM DE JOELHO ESQUERDO

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 8491

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
A. JOÃO PESSOA

Authors' Declaration: None.

Laiana JEN-Dantas barreto
MEDICA
CRM 8401

COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Dr Francinello Freitas
Médico
CRM 14579057800

João Pessoa

Médico/CRM:





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Atividade de Base em
Fio K N: 7.0 (02)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - CNS

44 - CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

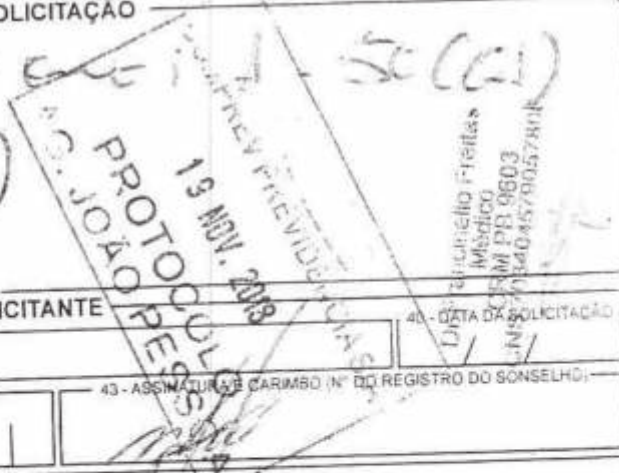
48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - CNS

52 - CPF



Dr. Antônio Farias
Médico
CRM PB 9603
CNPJ 06.045.790.578/01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME DO TITULAR
BIVALDO ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
2611311 SSP PB

DATA NASCIMENTO
05/09/1984

FUNÇÃO
JOÃO ALVES DA SILVA

FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

ENDEREÇO
RUA ...

CIDADE
JOÃO PESSOA

UF
PB

DATA EMISSÃO
06/03/2023

1ª VALIDADE
10/04/2023

2ª VALIDADE
05/03/2024

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/03/2023

ASSINATURA DO EMISSOR

62355006308
PB0354272509

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638560368

PROIBIDO PLASTIFICAR

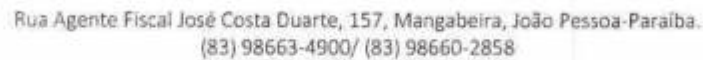
PROTOCOLO
13 NOV. 2018
AC. JOÃO PESSOA

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO CAVALINHOS NACIONAL DE HABITAMENTO	
Nome: ALEXANDRE CESAR DUARTE	
RG: 2627718	CPF: 046.502.754-74
Data de Nascimento: 21/08/1982	
Sexo: M	
Nome Completo: ALEXANDRE DE ASSIS DUARTE	
Nome Completo: INACIA CESAR DUARTE	
Data de Emissão: 19/01/2019	
Data de Validade: 29/06/2021	
Número de Registro: 01851269600	
Assinatura: <i>Alexandre Cesar Duarte</i>	
Cargo: JOÃO PESSOA, PB	
Data de Emissão: 17/01/2014	
Número de Registro: 66588356744	
Data de Emissão: 03/27/1995	

19 NOV. 2018
PROTOCCLO
C. JOAO PESSOA



BIVALDO ALVES DA SILVA, brasileira, casado, atendente, inscrito no RG de n.º 2611311 SSP/PB e CPF de n.º 05369521409, residente e domiciliado a Rua Dr Euclides Neiva Oliveira, n.º 82, apto 101, Renascença, Mangabeira IV, João Pessoa/PB

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Birvaldo Alves da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Briech Shen da Silva

OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Serviço Notarial "VITÓRIA BATISTA" - 2º OFÍCIO DISTITAL

Rua Adolfo Vitor Batista - 60000-000 / Buiá - Nova Amélia Vitória Batista - Autenticado
Rua Ezequiel de Azevedo, 89 - Nogueira - CEP: 72000-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 3240 / 3240-3000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
BIVALDO ALVES DA SILVA

Em test.de verdade. João Pessoa-PB 09/11/2018 10:59:45
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCRIVENTE AUTO
2018-0299401MDL-R\$ 49,48 FARENSES 0,28 FEPIJ:R\$ 1,90 ISS=0% 0,00
SELO DIGITAL: AM594253-CR10

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipi.us.br>



13 NOV. 2018
PROTOCOL
C. J. C. A. O. F. E. S. S.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419086/18

Vítima: BIVALDO ALVES DA SILVA

CPF: 053.695.214-09

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 04/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BIVALDO ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

BIVALDO ALVES DA SILVA : 053.695.214-09

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: 19/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA