Seguradora LÍDER

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: 042.716.044-88	Nome completo da vítima: Geralda da Silva Tavares

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Geralda da Silva Tavares — CPF: 042 716 044-88

Profissão: Remédio-se — Endereço: Sit Lha do Barro — Número: S/Nº — Complemento:

Bairro: Área Rural — Cidade: Sapé — Estado: PB — CEP: 58340000

E-mail: ccf.alves@gmail.com — Tel.(DDD): 83-98119-5530

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2159 (8) (informar o dígito se existir) CONTA: 10778 (6) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: — 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sapé-PB 04 de fevereiro de 2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geralda da Silva Tavares

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adailson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Bartímeo Neto

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV PREVIDÊNCIA SIM

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

(*) 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.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 85/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: GERALDA DA SILVA TAVARES **ESTADO CIVIL:** DIVORCIADA **NATURALIDADE:** SAPÉ-PB **PROFISSÃO:** AGENTE COMUNITÁRIA **DATA DE NASCIMENTO:** 03/06/1967 **IDADE:** 51 ANOS **RG:** 2469146 SSP/PB **CPF:** 042.716.044-88 **FILIAÇÃO:** FRANCISCO JOSÉ TAVARES E MARIA JOSÉ DA SILVA TAVARES **ENDEREÇO:** SÍTIO CHÃO DE BARRO, S/Nº, POÇO ARTESIANO, ÁREA RURAL, SAPÉ-PB. **TELEFONE:** 83-99130-4938 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** BRANCA **DIA DO OCORRIDO:** 31/05/2018 **LOCAL DO FATO:** SÍTIO CHÃO DE BARRO, ÁREA RURAL, SAPÉ-PB.

NARRATIVA: GERALDA DA SILVA TAVARES AFIRMA QUE NO DIA 31/05/2018 POR VOLTA DAS 17:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI DE PLACA QFN-3044/PB, CHASSI Nº. 9C2KC2200HR200105, DE COR PRETA, DE SUA PROPRIEDADE, MOMENTO EM QUE AO ENTRAR COM A MOTOCICLETA EM SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO CHÃO DE BARRO NA AREA RURAL DO MUNICIPIO DE SAPÉ-PB A REFERIDA MOTO DERRAPOU E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 22:22H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: X geralda da silva tavares

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL 1º DRPC
POLÍCIA CIVIL
7ª Delegacia Distrital
CABEDELO-PB

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 24 de agosto de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

Seguradora LÍDER

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: 042.716.044-88	Nome completo da vítima: Geralda da Silva Tavares

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Geralda da Silva Tavares — CPF: 042 716 044-88

Profissão: Remédio-se — Endereço: Sit Lha do Barro — Número: S/Nº — Complemento:

Bairro: Área Rural — Cidade: Sapé — Estado: PB — CEP: 58340000

E-mail: ccf.alves@gmail.com — Tel.(DDD): 83-98119-5530

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2159 (8) (informar o dígito se existir) CONTA: 10778 (6) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: — 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sapé-PB 04 de fevereiro de 2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geralda da Silva Tavares

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adailson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Bartímeo Neto

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV PREVIDÊNCIA SIM

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

(*) 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO / UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade
CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31
ENDEREÇO: Rua Genfil Lira, 46 - Centro
MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

PACIENTE

NOME: SEXO: IDADE: 60 anos
PROFISSÃO: DOCUMENTO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: ESTADO: UF:
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS:
DATA DO NASCIMENTO: DATA DO ATENDIMENTO:
CPF:
NOME DA MÃE:
TELEFONE:

RAÇA / COR

[ ] 1 - BRANCA [ ] 2 - PRETA [ ] 3 - PARDA
[ ] 4 - AMARELA [ ] 5 - INDÍGENA [ ] 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Paciente chega no serviço
[illegible] em torno do estômago e,
mais ainda de hoje.
[illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

PA 14/15 150x90 [illegible]

1. [illegible]
2. Diferença clara tão [illegible]
3. Coloração [illegible]
4. [illegible]

CARÁTER DO ATENDIMENTO

[ ] 01 - ELETIVO.
[ ] 02 - URGÊNCIA
[ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
[ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
[ ] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO – descrição:

DIAGNÓSTICO:

HAS

CID-10

MEDICAÇÃO:
[ ] PRESCRITA
[ ] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA
[ ] INTERNAÇÃO [ ] OUTRO HOSPITAL
[ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0 2 0 1 0 1 0 1 0 4
2 -
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS	CBO	CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL — **OU POLEGAR DIREITO**

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo — **ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo**

às 08:59 hrs 31/05/18 · Foi realizado imobilização no MSE e logo após realizado medicação para dor mais SSVV. Logo após encaminhado para o Urgência

Dra. Juana A. Santana
Enfermeira
COREN-PB 312.871

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

GERALDA DA SILVA TAVARES
SIT CHA DA BARRA, S/N - AREA RURAL
CEP 58340000 - SAPE / PB

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Inc.Est. 16.015.823-0

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / MONOFÁSICA
Roteiro: 014-0051-227-4150
Nº do Medidor: 00008346942
Referência: JAN/19
Emissão: 24/01/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
1 Nº 019.290.822

Atend. menor ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Ligação gratuita Acesse www.energisa.com.br

UC - UNIDADE CONSUMIDORA
5/1483767-8

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração em horas da maior interrupção de energia no período. DICRI: duração da interrupção individual acima de um dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões neste unidade consumidora, registrarão direito à compensação. Direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

CANAL DE CONTATO

DADOS DO CLIENTE
GERALDA DA SILVA TAVARES
SIT CHA DA BARRA S/N
SAPE
CNPJ/CPF/RAIZ 42715044[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISAPB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	150,00	100,00
TOTAL	150,00	100,00

CONTA REFERENTE A
JAN/19

ATRASOS			LAPIDA				
DIAS	VALOR	DIAS	VALOR	CONTRATO	CONSUMO	DIAS
					0	

APRESENTAÇÃO
24/01/2019

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Aliq. ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. Pis/Cofins (R$)	PIS (R$) (%)	COFINS (R$) (%)
	LANCAMENTOS E SERVIÇOS									
0806	PARCELAMENTO DE DEBITO 00/6			150,00						
	CCI: Código de Classificação do Item		Total:	150,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO
NEGOCIAÇÃO DE DÍVIDA
PARCELA À VISTA REFERENTE A NEGOCIAÇÃO DE DÉBITO Nº 051 / 13635
O CONTRATO SÓ TERÁ VALIDADE APÓS O EFETIVO PAGAMENTO DESTE DOCUMENTO. CASO O PAGAMENTO NÃO SEJA EFETIVADO, O CONSUMIDOR ESTARÁ SUJEITO AO CANCELAMENTO DO CONTRATO E A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA.

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
24/01/2019

TOTAL A PAGAR
R$ 150,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Reservado ao FISCO

04 FEV. 2019
PROTOCOLO

CAIXA

A vida pede mais que um banco

FAC
CAIXA
Correios

Devolução Eletrônica
Correios

CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM 08/01/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB

7211307021227634801740534730080119

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Adailson Luiz de Queiroz Cavalcanti inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo da Silva Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.716.044 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Geraldo da Silva Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.716.044 / 88, 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		Número	Complemento
Avenida Cabedelo		172	
Bairro: Centro	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58013-430
Email: ccf.cavs@gmail.com	Telefone comercial(DDD): 83-3506-1910	Telefone celular (DDD): 83-988495530	

João Pessoa-PB, 04 de fevereiro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Cavalcanti
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
DO PESSOAL

DLDRL.001 V001/2017

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a Srª Geralda da Silva Tavares, residente no Sítio Chan da barra, - Zona Rural – Sapé- PB, Nascido em 03/06/1967 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 31/05/2018, vitima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 14 de Novembro de 2018

Atenciosamente,

Eduardo da Silva Costa
Diretor Geral
MAT 2122473

EDUARDO DA SILVA COSTA
Diretor Geral

04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Rua Gentil Lins, 46 – Centro – Sapé – PB.
CEP 58.340-000 CNPJ: 08.778.267/0014-85
Email: hospitalsaandradedespe@hotmail.com

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Geralda da Silva Tavares
DATA DE NASCIMENTO	03/06/67
NOME DA MÃE	Maria José da Silva Tavares

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	109055
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1085462
DATA DO ATENDIMENTO	31/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	22:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de úmero distal esquerdo
CID 10	S42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto,apresentando trauma em membro superior esquerdo,com dor e limitação em cotovelo esquerdo,sem outras queixas.Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cotovelo e punho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de terço distal de úmero E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero distal esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 29/06/18
DATA DA EMISSÃO: 07/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Cruz Vermelha Brasileira

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: 1085462

Identificação do paciente

ID 1293747	Nome GERALDA DA SILVA TAVARES			Sexo Feminino
Data de nascimento 03/06/1967	Idade 50 anos 11 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE DA SILVA TAVARES			Pai FRANCISCO JOSE TAVARES	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ERIKA APARECIDA DA SILVA QUIRINO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993448101		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns 708206199372148	
Local de procedência SAPE			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SAPE		CBO/R	

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro CHAN DE BARRA
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 31/05/2018 22:22:26	Número da pulseira 1000006553592	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veiculo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo

Imprimir

PREVIDÊNCIA
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Geralda da Silva Tavares

BE: 1085462

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena** – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clinicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional **e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;**

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O **paciente** será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua **entre profissionais da saúde e paciente** ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º –O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao **paciente**, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações: .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 02.06.2018

Egualdia da Silva Tavares

Paciente – RG

Representante Legal – RG

SUAPREV PREVIDÊNCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente GERALDA DA SILVA TAVARES		BAE 1085462	Data/Hora Entrada 31/05/2018 22:22:26	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1967	Idade 50a 11m 29d	Sexo Feminino	CNS 708206199372148	Telefone de Contato (83) 993448101
Mãe MARIA JOSE DA SILVA TAVARES				Prontuário
Endereço CHAN DE BARRA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 31/05/2018 22:32:07			Data/Hora Prescrição 01/06/2018 00:20:47	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

ACIENTE VITIMA DE QUEDA, EVOLUINDO COM DOR NO COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO UMERO
AO EXAME: NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES
CONDUTA:
1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
2- SOLICITO PRA OPERATORIO
3- SOLICITO MATERIAL
4- TALA AXILO PALMAR

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 6/6H
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 8/8H
TENOXICAM 20 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 12/12H
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA
COAGULOGRAMA COMPLETO
UREIA - SANGUE
CREATININA
GLICEMIA - GLICOSE EXAME

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S42.4	Fratura da extremidade inferior do úmero

Conduta

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 31/05/2018 22:23:25

Internar Paciente

JUNDIAÍ PREVIDENCIÁRIA
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / TEOT 15.822

Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / TEOT 15.822

GERALDA DA SILVA TAVARES

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(: 8637/PB)

SOMPREV PREVIDENCIA S.A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente GERALDA DA SILVA TAVARES		BAE 1085462	Data/Hora Entrada 31/05/2018 22:22:26	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1967	Idade 50a 11m 29d	Sexo Feminino	CNS 708206199372148	Telefone de Contato (83) 993448101
Mãe MARIA JOSE DA SILVA TAVARES				Prontuário
Endereço CHAN DE BARRA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 31/05/2018 22:32:07			Data/Hora Prescrição 31/05/2018 22:45:09	

Anamnese

#ORTOPEDIA
.CIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HOJE. REFERE TRAUMA COM MSE EM HIPEREXTENSAO.
O: DOR E LIMITAÇÃO COTOVELO ESQUERDO.
SOLICITO RX DE PUNHO E COTOVELO ESQUERDO
SOLICITO TC DE COTOVELO ESQUERDO

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR TALA DE MSE - MANTER TIPOIA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Sem observação

GERALDA DA SILVA TAVARES

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

SUPREV PREVIDENCIA S.A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 31/05/2018 22:23:25

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332185700

Impresso por: MILTON DA SILVA LINHARES
Em: 02/06/2018 06:05:19

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
GERALDA DA SILVA TAVARES		**1085462**	**31/05/2018 22:22:26**	
Data de nascimento **03/06/1967**	Idade **50**	Sexo **Feminino**	CNS **708206199372148**	Prontuário **109055**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **NOTURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(MILTON DA SILVA LINHARES - 02/06/2018 06:05:10)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia
#fratura supra condilea
#exame lab ok
#aguardando risco cirurgico

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004
Profissional responsável pela informação. MILTON DA SILVA LINHARES **Número Conselho: 4714**

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM-PB 4714
Cirurgia de Trauma/Ortopedia

JUCAPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES
Em: 01/06/2018 09:04:17

Paciente GERALDA DA SILVA TAVARES		Boletim de Atendimento 1085462	Data/Hora Entrada 31/05/2018 22:22:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/06/1967	Idade 50	Sexo Feminino	CNS 708206199372148	Prontuário 109055
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 01/06/2018 09:04:09)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia
#fratura supra condilea
#exame lab ok
#aguardando risco cirurgico

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004
Profissional responsável pela Informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290

Número Conselho: 4290

JUCAMREV PREVIDÊNCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Data: 26/06/18

Número:
Paciente: Geralda da Silva
Procedimento: Pto. Cirúrgico de consolidação viciosa de úmero Distal
SUS: (X) Não SUS ( )
Médico: Drª. Tiago

Prontuário: 1085462
Dat: 26/06/18
Reposição:
Cama Pronta:

CX. Volfise / Cx. Bloqueio (2,5) (3,5)

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TM-Cirúrgica	parafuso rosca total 2,5 nº 14	02		
	parafuso rosca parcial 2,5 nº 30	01		
	parafuso de bloqueio 3,5 nº 14	02		
	" " " 16	02		
	" " " 18	01		
	" " " 20	01		
	" " " 22	01		
	" " " 24	01		
	parafuso cortical 3,5 rosca total nº 20	02		
	" " " " " 24	01		
	" " " " " 26	01		
	parafuso cortical 3,5 rosca parcial nº 38	01		
	placa lateral posterior lateral 05x03 furos	01 (E)		
	placa posterio medial de 04x03 furos	01 (E)		
B-Braun	Agulha de plexo A100	01		

DISPENSAÇÃO OPME

Judsly de S. Guimarães
COREN-PE 381908-ENF

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia
CRM-PE
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA DO FORNECEDOR OU SEU REPRESENTANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-1

SAMPAIO PREVIDENCIAS S.A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
AV. MARIO PESSOA

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO 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: HTOP
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HTOP
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GERALDA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1085462
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: / /
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [X 3]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:
21 - CÓD. 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 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
31 - QTDE:
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
34 - QTDE:
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: B-Braun / TM Cirúrgica CX. 3,5
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. Volfixe 2,5
02 parafuso rosca Total 2,5 nº 14
01 parafuso rosca parcial 2,5 nº 30
Cx. 3,5 bloqueio
02 parafuso de bloqueio Nº 14
02 " " Nº 16
01 agulha de fixação 100 → B-Braun
01 parafuso de bloqueio Nº 18
01 " " Nº 20
01 " " Nº 22
01 " " Nº 24
02 parafuso cortical 3,5 rosca Total nº 20
01 " " nº 22
01 " " nº 26
01 " " nº 38
01 placa posterior lateral 05x03 furos
01 placa posterior medial de 04x03 furos

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/18
41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Dr. Miguel Cormiga Neto — Hematologia — CRM-PE 2019

PROTOCOLO

100

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO 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: HTOP
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HTOP
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Geralda da silva
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1085462
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: / /
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [X] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:
21 - CÓD. 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 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
31 - QTDE:
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
34 - QTDE:
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. parafuso canulado 4,5 TM cirúrgico
01 parafuso canulado rosca parcial Nº 50

PROTOCOLO
04 FEV. 2019

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /
41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: GERALDA DA SILVA TAVARES BE/PRONTUÁRIO 1085462

IDADE: SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: DATA: 26/06/2018

CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE UMERO DISTAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR. RENNA 1º ASS: DR. TIAGO FORMIGA

2º ASS: DANIEL MR1 3º ASS:

INSTRUMENTADOR: JOELMA ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO+ GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE UMERO DISTAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE UMERO DISTAL ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☑ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☑ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X ENFERMARIA

RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Daniel Cordeiro Arruda MÉDICO CRM 11134 DATA: 26/06/2018

JUNEV PREVIDÊNCIA S.A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DVH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO POSTERIOR NO COTOVELO
DIVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS
Achados:
FRATURA COMINUIDA DE UMERO DISTAL ESQUERDO
FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO
FIBROSE INTENSA
Conduta:
DIVULSAO POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO + ISOLAMENTO + PROTEÇÃO DO NERVO ULNAR
OSTEOTOMIA DO OLÉCRANO ESQUERDO
LIMPEZA DE FOCO FRATURA UMERO + CALOCRASIA
REDUÇÃO CRUENTA DE UMERO
FIXAÇÃO PROVISORIA COM FIOS K
FIXAÇÃO DEFINITIVA COM PLACAS BLOQUEADAS (LATERIAL E MEDIAL) +PARAFUSOS
OSTEISSINTESE DO OLÉCRANO (BANDA DE TENSÃO)
2 FIOS K + CERCLAGEM SOB ESCOPIA
LIMPEZA COM SF0,9%
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO
RX DE CONTROLE
Observação:

Médico/CRM: Daniel Conserva Arruda MÉDICO CRM 11134

João Pessoa, 26/06/2018

JUNPREV PREVIDÊNCIA S.A
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: GRALDA DA SILVA
IDADE: 50 BE: 108546 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: 06 LEITO: 03
CIRURGIA: TTO. Cirúrgico de Consolidação viciosa de Úmero Distal
CIRURGIÃO: Dr. Tiago AUX. Dr. Milton AUX. Daniel (R2)
ANESTESIA: Bloqueio + Geral
ANESTESISTA: Dra Rossana + Janise (R1)
INSTRUMENTADOR: Jocleia (Empresa)
DATA: 26/06/13 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 08:46 CIRURGIA: INÍCIO 14:45 Cirurgia 09:00 14:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	✓
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	✓
[illegible] BUPIVACAÍNA S/ VASO	
L[illegible]AÍNA C/ VASO	✓
LIDOCAÍNA S/ VASO	✓
MIDAZOLAN	✓
MORFINA	
NIMBIUM	✓
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	✓
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	✓
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	✓
ATROPINA	
BEXTRA	
CEFAZOLINA	✓
DEXAMETASONA	✓
DI[illegible]NA SÓDICA	✓
E[illegible]NA	
FU[illegible]EMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	✓
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

	QTD.
SORO RINGER	OK
SF 500 ml.	OK
SOLUÇÕES	**QTD.**
ALCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	
MATERIAIS	**QTD.**
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	✓
AGULHA 40X12	✓
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	✓
ATADURA DE CREPOM	✓
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓
DRENO DE PENROSE	✓
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	✓
EQUIPO MACROGOTAS	✓
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	✓
ESPARADRAPO	OK
GAZES	✓
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	OK
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	
LAPE	2
ANTEBRAÇO	3
Sondagem Ebaqui	1

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	✓
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	✓
LÂMINA BISTURI Nº24	✓
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	✓
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	✓
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	OK
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	✓
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	✓
SERINGA 10ML	✓
SERINGA 20ML	✓
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	✓
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	
Dreno penrose	1

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº 0	1
FIO DE AÇO Nº 1	1
FIO DE NYLON Nº 2	1
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº 2	✓
FIO POLIGLACTINA Nº 3	1
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	
MATERIAL ESPECIAL	**QTD.**
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER Nº 2,0	1
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT. PAM	
FIXADOR EXTERNO	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
Fio Cerclagem 1.0	1

EMPRESA
TM. Cirúrgico
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA
OK

EQUIPAMENTOS
(X) ASPIRADOR
(X) BISTURI ELÉTRICO
(X) CAPNOGRAFO
(X) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCOPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
(X) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
(X) PERFURADOR ELÉTRICO
(X) SERRA
CIRC[illegible]

Aquilha de Peixoto — Braun
— B-Braun

EVIDÊNCIA S.m
05 FEV. 2013
PROTOCOLO
DÃO PESS

FINO ASCIR 021-2

KEZTSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/06/19 PRONTUÁRIO: 1085462

PACIENTE: Geralda da Silva Tavares | SEXO: F | COR: | IDADE: 50 a

PRESSÃO ARTERIAL 180/90 | PULSO 82 | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL (✓) BOM ( ) REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO | RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES ver prontuário, duvidas

AP. RESPIRATÓRIO MV+, s/RA | AP. CIRCULATÓRIO RCR, 2T, s/S hipertensão?

AP. DIGESTIVO sem | ESTADO MENTAL L.O.T.C | DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO
DOSE /HORA | ESTADO FÍSICO (ASA) II ME-TA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de úmero distal esq + obesidade do diabetes

CIRURGIA REALIZADA Tto cirúrgico de fratura viciosa de úmero distal

CIRURGIÃO Dr. Tiago | AUXILIARES Dr. Rosa

INÍCIO DA ANESTESIA 9:35 | TÉRMINO DA ANESTESIA 14:45 | DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | VALORES R$

ANESTESISTA Dra Rossana | CPF 600.882.174-01 | CRM-PB 4229

Rossana de Lucena M. F. Dias
Anestesiologista
CRM 4229

AGENTES/HORA: O_2, N_2O, Sevo

LÍQUIDOS VENOSOS: RL 500 ml — CH — SF 500 — CH — RL 500 — CH — SF

HORA	9:35	9:40	9:45	9:50	9:55	10:00	10:05	10:10	10:15	10:20	10:25	10:30	10:35	10:40	10:45	10:50	10:55	11:00	11:05	11:10
PA sistólica	180	180	160	140	120	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
PA diastólica	90	90	80	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
FC	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
Temp.	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
SpO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ritmo	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS

Pele extremidades frias, discreta SpO_2 com ar ambiente.

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RACQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ.PLEXO ☐ BLOQ.NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA: Pte em DDH, monitorizada, puncionado AVP em MSD (20G), sob cateter nasal, oxim (✓).

LÍQUIDOS — Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 MIDAZOLAM 2mg	11 DEXAMETASONA 10mg
2 LIDOCAINA c/ VASO (10ml 0,25% + 5ml 0,5%)	12 ONDANSETRONA 8mg
3 LIDOCAINA c/ VASO (10ml 2% + 5ml 0,5%)	13 CETOPROFENO 100mg
4 LIDOCAINA S/VASO 10ml a 1%	14
5 FENTANIL 200mcg	15
6 PROPOFOL 200mg	16
7 SUCCINILCOLINA 60mg	17
8 CISATRACURIO 8mg	18
9 CEFAZOLINA 2g + 1g	19
10 DIPIRONA 2g	20

GLICOSE | NACL | SANGUE | RINGER | TOTAL

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APT* ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Bloq. de plexo braquial: Pte c/ cabeça lateralizada p/ direita, braço direito aberto, punção interscalena c/ agulha de bloqueio A100 + neurocirurgião, estimulo (7), injeção de 30ml de ropivacaína (2)+(3)+(4). Via axilar: localização a. axilar, feita dissecção, punção cega c/ alcance do nervo estimulado (7), injeção de 30ml de (2)+(3)+(4). Sem intercorrências. (Geral): Pte em DDH, veia calibrosa. Indução com (5)+(6)+(7)+(8), 10T c/ TOT nº 7,5, sem intercorrências, confirmada por capnografia.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Rossana de Lucena M. F. Dias
Anestesiologista
CRM 4229

CH FEV. 2019
PROTOCOLO
CIRURGIA

F 11.5 (NO) ASCIR.026-1

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 161.93620.74-6

NÚMERO 6382017 | SÉRIE 0050 | UF PB

geralda da silva tavares

ASSINATURA DO TITULAR

04 FEV. 2019
PROTOCOLO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

25117.6382017.50-26

GERALDA DA SILVA TAVARES

FILIAÇÃO.....: MARIA JOSE DA SILVA TAVARES
FRANCISCO JOSE TAVARES
NASCIMENTO....: 03/06/1967
ESTADO CIVIL...: DIVORCIADO
NATURALIDADE: SAPÉ - PB
DOCUMENTO.....: R.G. - 2469146 - 25/08/1997 - SSP - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 042.716.044-88 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PB - JOÃO PESSOA
DATA DE EMISSÃO..: 16/03/2017

ABÍLIO SÉRGIO DE VASCONCELOS CORREIA LIMA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PB
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO .....
DATA DE NASC. DE ..... / / .....
DOCUMENTO .....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....
DOCUMENTO .....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....
DOCUMENTO .....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....
DOCUMENTO .....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
24 FEV. 2017
PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01297439415 0

PRT 20170800004002-0

LACRE 00448729 84

VIA	COD. RENAVAM		EXERCÍCIO
1	0111580306-6	00/00000000	2017

NOME: GERALDA DA SILVA TAVARES

CPF/CNPJ: 04271604488

PLACA: QFN3044/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB

CHASSI: 9C2KC2200HR200105

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.: 2017

ANO MOD.: 2017

CAP/POT/CIL: 2 P/162 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000

VENC/COTAS: 1ª 2ª 3ª

FAIXA I.P.V.A.: *******

PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	19/04/2017

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSITAR

COMPROV. PREVIDÊNCIA S.

0 04 FEV. 2010

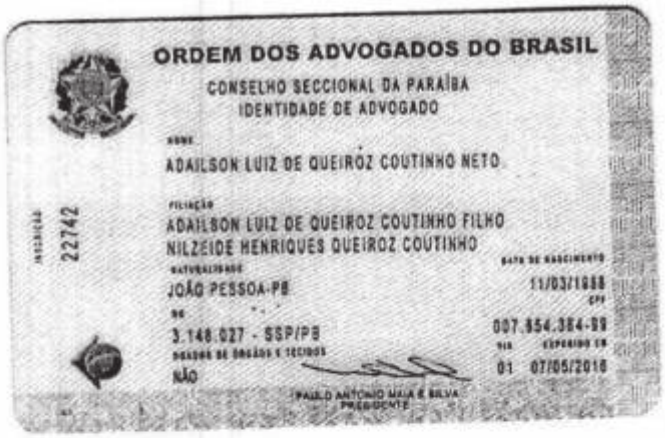
LOCAL: SAPE-PB 41076

PROTOCOLO: 20/04/2017

7003781

DENATRAN

CONTRAN



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

2017

****

QFN3044

PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2017 2017

PARTICULAR PRETA

28/06/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

SAPE 05/02/2019

QFN3044

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2017**
Proprietário: **********
Placa: **QFN3044**
Combustível: **ALCO/GASOL**
Marca/Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI**
Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
Ano de Fabricação: **2017**
Ano Modelo: **2017**
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **PRETA**
Vencimento Licenciamento: **28/06/2019**
Observação:
Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**
Financeira: **##########################**
Município:**SAPE**
Situação: **EM CIRCULACAO**
Data da Consulta:**05/02/2019**

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041470/19

Vítima: GERALDA DA SILVA TAVARES **Data do acidente:** 31/05/2018

CPF: 042.716.044-88 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GERALDA DA SILVA TAVARES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

GERALDA DA SILVA TAVARES : 042.716.044-88

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 04/02/2019	Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 007.854.364-99	CPF: 105.999.304-03
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA