
Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO**

Nº Sinistro: **3180472585**

Vitima: **ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180472585**.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

022 856 627 - 53

Antônio Francisco de Souza Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Antônio Francisco de Souza Filho

Endereço

Rua Euzebio Leite

Bairro

Centro

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

3834

D/V

CONTA

NRO.

20 045

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

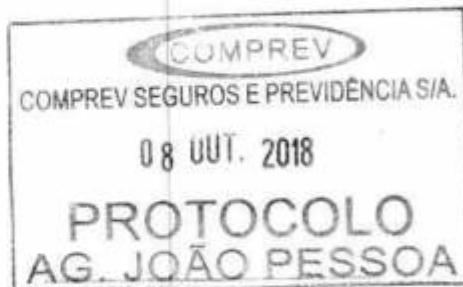
Flagra Nova PB, 04 de 09 de 2018

Local e Data

Antônio Francisco de Souza Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: <i>Antônio Francisco de Souza Filho</i>	CPF da Vítima: <i>022.956.627-53</i>	Data do Acidente: <i>08/04/2018</i>
---	---	--

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Alagoa Nova - PB, 04 de 05 de 2018

Local e Data

Antônio Francisco de Souza Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO PARAIBA – PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – PB – CNPJ : 11.838.096-0001/88
SAMU 192 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que fizerem necessários que ANTÔNIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO, RG:1516813SSP/PB, CNS:706.2005.4981.4762, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº1685730, em 08/04/2018 às 08:58hs, na USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de ATROPELAMENTO DE MOTO, consciente, orientado, apresentando sudorese intensa, palidez, fratura exposta de MMII E, escoriações em MMSS, dr na cervical lombar. Feito atendimento de acordo com o protocolo, encaminhado para HCTG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 11/07/2018

JANÊCLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO
COORDENADORA SAMU 192
COREN 110600 PB



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010020045-1

Nr. da Autenticação B34C30A5F09A40C9

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
RUA BUNDES LEITE, 255 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58126020 (AG. 71)

Emissao: 10/08/2018 Referencia: Ago/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL_MONOFASICO
Rotero: 4-77-600-410 N° medidor: 00000157093

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A.
B-230 Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-490
CNPJ 08.085.582/0001-40 - Insc Est 16015.623-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N° 0.693.981
Cbd. para Dáis Automática: 00002409893

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	10/08/2018	10/09/2018	205.207.604-25 Inac Est

UC (Unidade Consumidora): 5/240089-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			
11/07/18 92512	10/08/18 92601			
Demonstrativo				
SGC Descrição	Quantidade Total	Valor Base Cálculo	Alíq. ICMS(R\$) Base Cál. PIS(R\$) Cofre(R\$)	
	Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS(R\$) Cofre(R\$) (0,0645% / 4,2650%)			
0601 Consumo em kWh	88.000 0,717230	53,15 53,15 25	15,79 53,15 0,00	3,15
0001 Adic. B. Vermelha	0,00 0,00 25	1,59 0,00 0,00	0,01 0,00 0,00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUICAO ILM PÚBLICA	1,44 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 07/2018	0,12 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	
0805 MULTA 07/2018	1,45 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,31 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	

CCO Código de Classificação do item TOTAL 72,75 69,59 17,28 69,59 0,75 3,47

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL R\$ 72,75
99 17/08/2018

Histórico de Consumo (kWh)

88	87	84	90	108	102	80	94	89	100	112	92
Agosto/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18

RESUMO DA CONTA 94b8.21ea.56d1.6521.78ae.23a4.68cb.4ad3.

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	0,47	0,00	NOMINAL	18,66	22,98
DIC TRIMESTRAL	12,94	0,00	CONTRATADA	26,10	33,13
DIC ANUAL	25,88	0,00	LIMITE INFERIOR	2,95	3,51
FIC MENSAL	0,48	0,00	LIMITE SUPERIOR	4,82	5,95
FIC TRIMESTRAL	12,97	0,00	PERÍODO ESTIMADO	24,82	34,12
FIC ANUAL	12,95	0,00	Encargos Diretos e Encargos	0,00	0,00
CMAC	3,80	0,00	Outras Encargos	0,00	0,00
OCRI	12,22	0,00	Total	72,75	100,00

Valor da FUEB (Ref. 6/2018) R\$29,88

ATENÇÃO

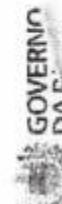
Faturas em atraso

COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIAS S.A.

08/01/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA R.
RETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA / JC
VILA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1630889 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Mâlvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 08/04/2018
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

Nascimento: 28/10/1971

Sexo:M

Telefone: 981509492

Idade:046

Bairro:ALAGOA NOVA

RG: 1516813

Nº:266

Profissão:AGRICULTOR

CPF:02295662759

CRM:7006200549814762

Data de Atend:08/04/2018

CONVÉNIO:SUS

Hor: 10:23:18

Especialidade:

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração 19. Fratura ossificada

2. Amputação 20. Fratura ossificada

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contração 22. Ingsurgência

5. Crcptação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tardia

7. Edema 25. Lunas

8. Empinamento 26. Mordedura

9. Entorncia subcutânea 27. Movimento torácico

10. Estriamento 28. Objeto enterrado

11. Equimose 29. Osteomídia

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Paroxismo

14. F. Corte/cisão 32. Paratetio

15. F. Cortante 33. Quelmadura

16. F. Corro-dentice 34. Rindragá

17. F. Perfuro-contato 35. Sinal de Iquémia

18. F. Perfuro-contato 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

() 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Atropelamento por moto

http://10.1.1.148/projeto/htcg/impreurgencia.php?contar=1630889

EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento, há t. Inova (agora = 10:35), brax-
do pelo SAUU, evidentemente imobilizado. Nega história de perda de con-
sciencia, dor/mais ou tontura. Apresenta hálito etílico. Relata dor em clavos.
Vit prévia () AN + em AHT, nem somais de expositivo/sobremesa com certeza.
(C) RCR, (2T) Russo periféricos / radicais e peridossos) presentes, dolorosos.
mápuco. (D) ECO = 15, pupilas isofenociclicas.

(E) Escorvação em raizão proximal () → elentamento no momento do
Fictitio apreza 2m ferrozinho () → 1º atendimento.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

P

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorrégenes () Isocônicas () Anisocônicas ()
Glasgow PA HGf: Sat02
Abdome plano, depressível, sem áreas de irritação peritoneal, am-
plamente palpável.
Pele sem áreas de eritema/erubesc.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Radiografias () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: **Ortopedia**, / dia 08/04/18
Especialista: / dia / / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PROTÓCOLO
TRATO DE PESS.

Nº 1

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

08/04/2018	10:45	dia 08/04/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

6

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
DIAGNOSTICO / CID:



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Antônio Francisco de Souza</u>	Sexo: <u>M</u>
End: <u>Centro - 268</u>	Bairro: <u>Alegas Neiva</u>
Data de Nascimento: <u>28.10.71</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Atropelamento</u>	Data do Atend.: <u>09.05.18</u> Hora: <u>10:30</u> Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

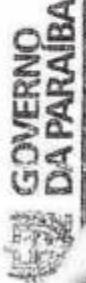
Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente	Frequência respiratória:	Temperatura axilar:
Pressão arterial:	Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira <input type="checkbox"/> Maca	COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. AG. PRÓTEGAS COMPREV PROTÓCOLO PROTOCOLO 01.01.2018	

Estratificação

- Amarelo
- (Vermelho - atendimento imediato até 1 hora
(Verde - atendimento até 4 horas)
- (Azul - atendimento ambulatorial
Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB)
Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

1996.1.17

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Auficio fornecido pelo Alojamento

1

DIAGNÓSTICO



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO
DA PARAÍBA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2018

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PROTOCOL

ACORDO DESSA CONVENÇÃO

Diagnóstico

Px. Hist.
ant. Alcoólico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Vt

Paciente **Antônio Fiuza Silva Filho**

Alojamento **3**

Convênio **3**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/10/18	1) Duche matinal no amanhecer	07/07/18	Per evolução
	2) 500 ml. Água oxigenada	07/07/18	per evolução após uso da água oxigenada.
15/10/18	1000 ml. Água oxigenada	07/07/18	per evolução
16/10/18	exteriorização de 1000 ml.	07/07/18	acelera processos alimmentares.
17/10/18	Rinsar boca com água oxigenada	07/07/18	Sintomas trânsito mantidos.
18/10/18	Hidratação com água oxigenada	07/07/18	
19/10/18	Tratamento com enemas	07/07/18	COR. CT. lato.
20/10/18	Diaperante demp hst glc	07/07/18	polirrosa
21/10/18		07/07/18	polirrosa
22/10/18		07/07/18	polirrosa
23/10/18		07/07/18	polirrosa
24/10/18		07/07/18	polirrosa
25/10/18		07/07/18	polirrosa
26/10/18		07/07/18	polirrosa
27/10/18		07/07/18	polirrosa
28/10/18		07/07/18	polirrosa
29/10/18		07/07/18	polirrosa
30/10/18		07/07/18	polirrosa
31/10/18		07/07/18	polirrosa
01/11/18		07/07/18	polirrosa
02/11/18		07/07/18	polirrosa
03/11/18		07/07/18	polirrosa
04/11/18		07/07/18	polirrosa
05/11/18		07/07/18	polirrosa
06/11/18		07/07/18	polirrosa
07/11/18		07/07/18	polirrosa
08/11/18		07/07/18	polirrosa
09/11/18		07/07/18	polirrosa
10/11/18		07/07/18	polirrosa
11/11/18		07/07/18	polirrosa
12/11/18		07/07/18	polirrosa
13/11/18		07/07/18	polirrosa
14/11/18		07/07/18	polirrosa
15/11/18		07/07/18	polirrosa
16/11/18		07/07/18	polirrosa
17/11/18		07/07/18	polirrosa
18/11/18		07/07/18	polirrosa
19/11/18		07/07/18	polirrosa
20/11/18		07/07/18	polirrosa
21/11/18		07/07/18	polirrosa
22/11/18		07/07/18	polirrosa
23/11/18		07/07/18	polirrosa
24/11/18		07/07/18	polirrosa
25/11/18		07/07/18	polirrosa
26/11/18		07/07/18	polirrosa
27/11/18		07/07/18	polirrosa
28/11/18		07/07/18	polirrosa
29/11/18		07/07/18	polirrosa
30/11/18		07/07/18	polirrosa
31/11/18		07/07/18	polirrosa
01/12/18		07/07/18	polirrosa
02/12/18		07/07/18	polirrosa
03/12/18		07/07/18	polirrosa
04/12/18		07/07/18	polirrosa
05/12/18		07/07/18	polirrosa
06/12/18		07/07/18	polirrosa
07/12/18		07/07/18	polirrosa
08/12/18		07/07/18	polirrosa
09/12/18		07/07/18	polirrosa
10/12/18		07/07/18	polirrosa
11/12/18		07/07/18	polirrosa
12/12/18		07/07/18	polirrosa
13/12/18		07/07/18	polirrosa
14/12/18		07/07/18	polirrosa
15/12/18		07/07/18	polirrosa
16/12/18		07/07/18	polirrosa
17/12/18		07/07/18	polirrosa
18/12/18		07/07/18	polirrosa
19/12/18		07/07/18	polirrosa
20/12/18		07/07/18	polirrosa
21/12/18		07/07/18	polirrosa
22/12/18		07/07/18	polirrosa
23/12/18		07/07/18	polirrosa
24/12/18		07/07/18	polirrosa
25/12/18		07/07/18	polirrosa
26/12/18		07/07/18	polirrosa
27/12/18		07/07/18	polirrosa
28/12/18		07/07/18	polirrosa
29/12/18		07/07/18	polirrosa
30/12/18		07/07/18	polirrosa
31/12/18		07/07/18	polirrosa
01/01/19		07/07/18	polirrosa
02/01/19		07/07/18	polirrosa
03/01/19		07/07/18	polirrosa
04/01/19		07/07/18	polirrosa
05/01/19		07/07/18	polirrosa
06/01/19		07/07/18	polirrosa
07/01/19		07/07/18	polirrosa
08/01/19		07/07/18	polirrosa
09/01/19		07/07/18	polirrosa
10/01/19		07/07/18	polirrosa
11/01/19		07/07/18	polirrosa
12/01/19		07/07/18	polirrosa
13/01/19		07/07/18	polirrosa
14/01/19		07/07/18	polirrosa
15/01/19		07/07/18	polirrosa
16/01/19		07/07/18	polirrosa
17/01/19		07/07/18	polirrosa
18/01/19		07/07/18	polirrosa
19/01/19		07/07/18	polirrosa
20/01/19		07/07/18	polirrosa
21/01/19		07/07/18	polirrosa
22/01/19		07/07/18	polirrosa
23/01/19		07/07/18	polirrosa
24/01/19		07/07/18	polirrosa
25/01/19		07/07/18	polirrosa
26/01/19		07/07/18	polirrosa
27/01/19		07/07/18	polirrosa
28/01/19		07/07/18	polirrosa
29/01/19		07/07/18	polirrosa
30/01/19		07/07/18	polirrosa
31/01/19		07/07/18	polirrosa
01/02/19		07/07/18	polirrosa
02/02/19		07/07/18	polirrosa
03/02/19		07/07/18	polirrosa
04/02/19		07/07/18	polirrosa
05/02/19		07/07/18	polirrosa
06/02/19		07/07/18	polirrosa
07/02/19		07/07/18	polirrosa
08/02/19		07/07/18	polirrosa
09/02/19		07/07/18	polirrosa
10/02/19		07/07/18	polirrosa
11/02/19		07/07/18	polirrosa
12/02/19		07/07/18	polirrosa
13/02/19		07/07/18	polirrosa
14/02/19		07/07/18	polirrosa
15/02/19		07/07/18	polirrosa
16/02/19		07/07/18	polirrosa
17/02/19		07/07/18	polirrosa
18/02/19		07/07/18	polirrosa
19/02/19		07/07/18	polirrosa
20/02/19		07/07/18	polirrosa
21/02/19		07/07/18	polirrosa
22/02/19		07/07/18	polirrosa
23/02/19		07/07/18	polirrosa
24/02/19		07/07/18	polirrosa
25/02/19		07/07/18	polirrosa
26/02/19		07/07/18	polirrosa
27/02/19		07/07/18	polirrosa
28/02/19		07/07/18	polirrosa
29/02/19		07/07/18	polirrosa
30/02/19		07/07/18	polirrosa
01/03/19		07/07/18	polirrosa
02/03/19		07/07/18	polirrosa
03/03/19		07/07/18	polirrosa
04/03/19		07/07/18	polirrosa
05/03/19		07/07/18	polirrosa
06/03/19		07/07/18	polirrosa
07/03/19		07/07/18	polirrosa
08/03/19		07/07/18	polirrosa
09/03/19		07/07/18	polirrosa
10/03/19		07/07/18	polirrosa
11/03/19		07/07/18	polirrosa
12/03/19		07/07/18	polirrosa
13/03/19		07/07/18	polirrosa
14/03/19		07/07/18	polirrosa
15/03/19		07/07/18	polirrosa
16/03/19		07/07/18	polirrosa
17/03/19		07/07/18	polirrosa
18/03/19		07/07/18	polirrosa
19/03/19		07/07/18	polirrosa
20/03/19		07/07/18	polirrosa
21/03/19		07/07/18	polirrosa
22/03/19		07/07/18	polirrosa
23/03/19		07/07/18	polirrosa
24/03/19		07/07/18	polirrosa
25/03/19		07/07/18	polirrosa
26/03/19		07/07/18	polirrosa
27/03/19		07/07/18	polirrosa
28/03/19		07/07/18	polirrosa
29/03/19		07/07/18	polirrosa
30/03/19		07/07/18	polirrosa
31/03/19		07/07/18	polirrosa
01/04/19		07/07/18	polirrosa
02/04/19		07/07/18	polirrosa
03/04/19		07/07/18	polirrosa
04/04/19		07/07/18	polirrosa
05/04/19		07/07/18	polirrosa
06/04/19		07/07/18	polirrosa
07/04/19		07/07/18	polirrosa
08/04/19		07/07/18	polirrosa
09/04/19		07/07/18	polirrosa
10/04/19		07/07/18	polirrosa
11/04/19		07/07/18	polirrosa
12/04/19		07/07/18	polirrosa
13/04/19		07/07/18	polirrosa
14/04/19		07/07/18	polirrosa
15/04/19		07/07/18	polirrosa
16/04/19		07/07/18	polirrosa
17/04/19		07/07/18	polirrosa
18/04/19		07/07/18	polirrosa
19/04/19		07/07/18	polirrosa
20/04/19		07/07/18	polirrosa
21/04/19		07/07/18	polirrosa
22/04/19		07/07/18	polirrosa
23/04/19		07/07/18	polirrosa
24/04/19		07/07/18	polirrosa
25/04/19		07/07/18	polirrosa
26/04/19		07/07/18	polirrosa
27/04/19		07/07/18	polirrosa
28/04/19		07/07/18	polirrosa
29/04/19		07/07/18	polirrosa
30/04/19		07/07/18	polirrosa
31/04/19		07/07/18	polirrosa
01/05/19		07/07/18	polirrosa
02/05/19		07/07/18	polirrosa
03/05/19		07/07/18	polirrosa
04/05/19		07/07/18	polirrosa
05/05/19		07/07/18	polirrosa
06/05/19		07/07/18	polirrosa
07/05/19		07/07/18	polirrosa
08/05/19		07/07/18	polirrosa
09/05/19		07/07/18	polirrosa
10/05/19		07/07/18	polirrosa
11/05/19		07/07/18	polirrosa
12/05/19		07/07/18	polirrosa
13/05/19		07/07/18	polirrosa
14/05/19		07/07/18	polirrosa
15/05/19		07/07/18	polirrosa
16/05/19		07/07/18	polirrosa
17/05/19		07/07/18	polirrosa
18/05/19		07/07/18	polirrosa
19/05/19		07/07/18	polirrosa
20/05/19		07/07/18	polirrosa
21/05/19		07/07/18	polirrosa
22/05/19		07/07/18	polirrosa
23/05/19		07/07/18	polirrosa
24/05/19		07/07/18	polirrosa
25/05/19		07/07/18	polirrosa
26/05/19		07/07/18	polirrosa
27/05/19		07/07/18	polirrosa
28/05/19		07/07/18	polirrosa
29/05/19		07/07/18	polirrosa
30/05/19		07/07/18	polirrosa
31/05/19		07/07/18	polirrosa
01/06/19		07/07/18	polirrosa
02/06/19		07/07/18	polirrosa
03/06/19		07/07/18	polirrosa
04/06/19		07/07/18	polirrosa
05/06/19		07/07/18	polirrosa
06/06/19		07/07/18	polirrosa
07/06/19</			

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio																																																				
<i>Antônio Gonzaga Souza</i>	<i>2</i>	<i>3</i>																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Prescrição Médica</th> <th>Horário</th> <th>Evolução Médica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>10/10/18</i></td> <td>1 - Dieta livre</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 - SRL 500 ml i.v. 12 / 12 h.</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 - Dipirona 02 ml i.v. 8 / 8 h (lento).</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 - Nitratil 20 mg i.v. 12 / 12 h.</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 - Omeprazol 40 mg i.v. 01 x dia.</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 - C.C.G.</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 - Estreptoz 1000 mg</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>8 - I.V. 12 / 12 h</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 - I.V. 12 / 12 h</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 - I.V. 12 / 12 h</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 - I.V. 12 / 12 h</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>12 - I.V. 12 / 12 h</td> <td><i>12:00</i></td> <td><i>Boa</i></td> </tr> </tbody> </table>				Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	<i>10/10/18</i>	1 - Dieta livre	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		2 - SRL 500 ml i.v. 12 / 12 h.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		3 - Dipirona 02 ml i.v. 8 / 8 h (lento).	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		4 - Nitratil 20 mg i.v. 12 / 12 h.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		5 - Omeprazol 40 mg i.v. 01 x dia.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		6 - C.C.G.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		7 - Estreptoz 1000 mg	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		8 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		9 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		10 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		11 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>		12 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica																																																				
<i>10/10/18</i>	1 - Dieta livre	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	2 - SRL 500 ml i.v. 12 / 12 h.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	3 - Dipirona 02 ml i.v. 8 / 8 h (lento).	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	4 - Nitratil 20 mg i.v. 12 / 12 h.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	5 - Omeprazol 40 mg i.v. 01 x dia.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	6 - C.C.G.	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	7 - Estreptoz 1000 mg	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	8 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	9 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	10 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	11 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				
	12 - I.V. 12 / 12 h	<i>12:00</i>	<i>Boa</i>																																																				

Mod. 035



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Akademie für Politikwissenschaften



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Z	Convênio
AVILA VIEIRA, LUCIANA	8	3		

WOOD. 635

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 OUT 2018
PROTÓCOLO
A.S. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Happy Thanksgiving
2013

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente ~~Flávio Léo Sober~~ Alojamento ~~2~~ Leito ~~3~~ Convênio ~~2~~

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT 2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSO

Barbara
Barbara
Kathy R. Costello
MEDICA
CRM/PB-7075



Nome do Paciente <i>Antônio Fco</i>	Nº Prontuário
Data da Operação <i>8/4/17</i>	Enf. Leito
Operador <i>Dr. Jefferson Libson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. João</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Perna (E), Biotraumatizada com 1 DTH evolução</i>	<i>Fratura exposta com</i>
Tipo de Operação	
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Q m/da</i>	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato <i>S</i>	
Acidente Durante a Operação <i>N</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

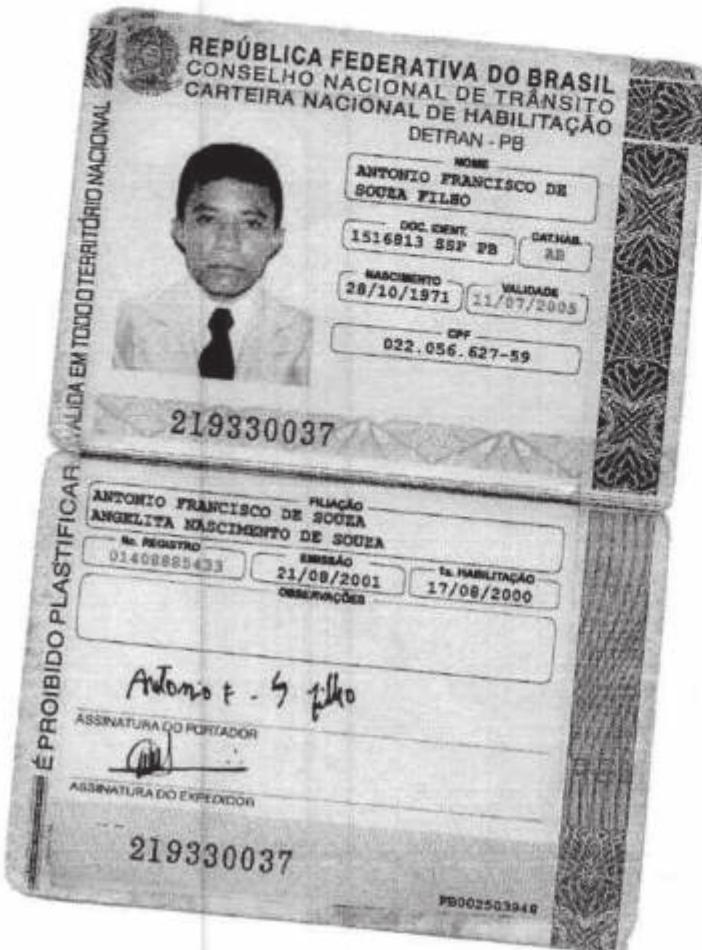
- 1 - Paciente em DTH, sob efeito anestésico
- 2 - Asepsia e Antissepsia
- 3 - Abordagem com par esternal
- 4 - Lavada lavotomia FO (+) desbridamento tricida deartilizados
- 5 - Osteosíntese fixada extremitade fibia (c) após redução profunda
- 6 - Lavada FO
- 7 - Sutura + curativo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

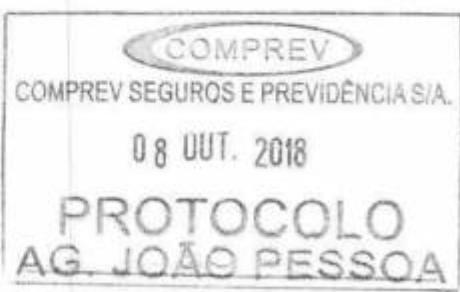
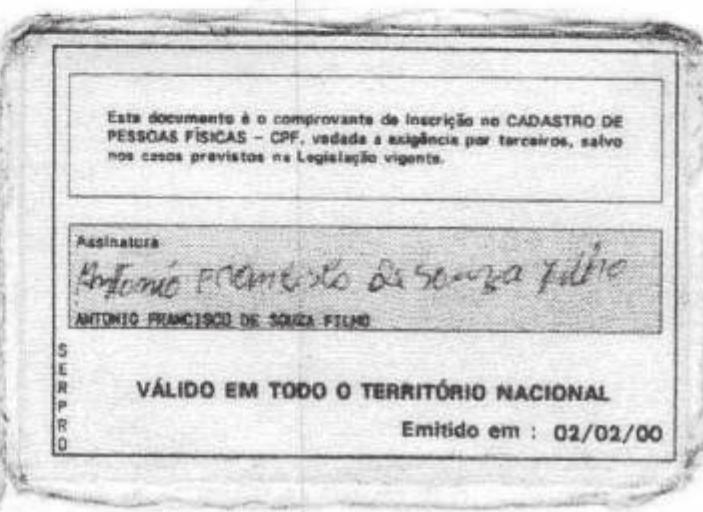
08 OUT. 2018

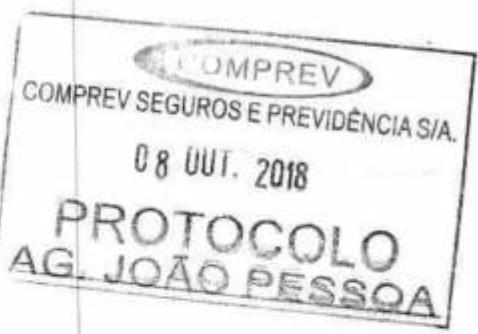
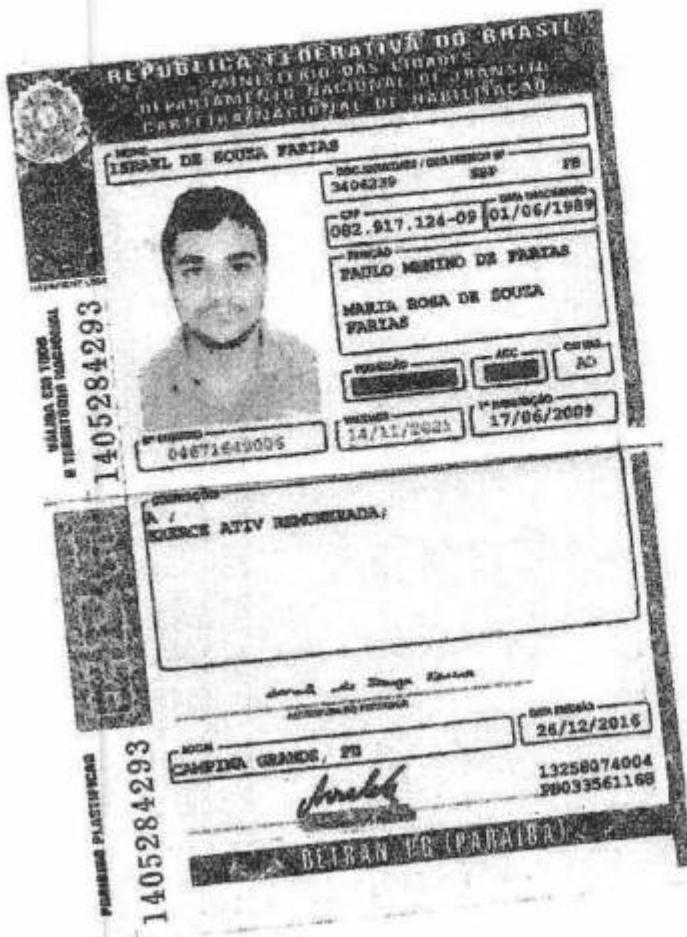
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES...

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
Identidade: 1516813 CPF: 022.956.627-59 Endereço: Rua Eunides Leite, 269 – Centro, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000.

OUTORGADO:

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão : ADVOGADO
Identidade: 3406239 SSP/PB CPF: 08291712409
Endereço: LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, 65 – OLHO DAGUA – ALAGOA NOVA – PB. CEP: 58125000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

ALAGOA NOVA – PB 04/09/2018

Local e data

Antonio Francisco de Souza Filho

Assinatura do Outorgante

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Rezende de Melo
R. Coronel Leite, 131 - Centro - Nossa Senhora da Piedade - PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066 TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO
Davi fô. Alagoa Nova/PB - 04/09/2018
Escrivente: ANTONIO GERALDO DE ALMEIDA NETO CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
Selos Digitais: AML31517-U2IF ALAGOA NOVA-PB
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br> Geraldo de A. Neto
Emol R\$9,48 Farpan R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,74 ESCREVENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368809/18

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

CPF: 022.056.627-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO : 022.056.627-59

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: 08/10/2018
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

MARCELA DO CARMO DE LIMA