

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vitima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180519661**.

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 13555775



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180519661**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

0101868118

CPF da Vítima

601.474.904-72

Nome completo da vítima

NATIVO BANBOSA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo NATIVO BANBOSA DE LIMA		CPF titular da conta 601.474.904.72	Profissão AUTÔNOMO
Endereço Rua SILVA JARDIM		Número 1550	Complemento CASA
Bairro JOSE PINTHEIRO	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARNABA	CEP 58.100.000
Email BALBINOS06@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (83) 99829-8855

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.

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			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BRADESCO 237	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0639 4	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 30260 0	

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cidade Campe, 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Nativo Barbosa de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00123.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/12/2017

Hora: 17:08:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Em Frente Ao Paraíso do Alemão, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Nativo Barbosa de Lima
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Henrique da Conceição e José Barbosa de Lima
	Idade: 70 Data de Nascimento: 08/09/1947 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: viuvo(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 601.474.904-72
	Endereço: Rua Silva Jardim, 1550, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98882-6546
	Nome: Francisco Pereira Barbosa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
	Idade: 36 Data de Nascimento: 12/10/1981 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 012.306.644-16
	Endereço: Rua Severino Herminio de Carvalho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98839-1535





TESTEMUNHA

Nome: Francisca Pereira Barbosa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
Idade: 35 **Data de Nascimento:** 20/11/1982 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Iguatu
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Balconista
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3139015 SSP/PB
Endereço: Rua José Pereira Neto Filho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98687-2010

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca WUYANG, modelo WY50QT, tipo de veículo Ciclomotor, cor branca, ano 2014, placa QFY-8689, chassi LWYMCA209E6013437, renavam 0107252820-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor I/WUYANG WY50QT, Ano/Modelo 2013/2014, cor branca, Placa QFY-8689-PB, Chassi de Nº LWYMCA209E6013437, licenciada em nome de

Nativo Barbosa de Lima, quando trafegava em frente a Cervejaria Paraíso do Alemão, bairro de Bodocongó, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, entrou trancando, tendo o comunicante colidido na lateral da citada motocicleta, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de abril de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Nativo Barbosa de Lima
NATIVO BARBOSA DE LIMA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420



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

NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF da Vítima

601.474.904-72

Data do Acidente

30.12.2017

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 atenda 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.

C. Grande 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Natívia Barbosa de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	30/12/2017	HORA:	17:08 HS	ID Nº:	1662048
NOME:	NATIVO BARBOSA DE LIMA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	EM FRENTE AO PARAÍSO DO ALEMÃO - BODOCONGO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 7 de março de 2018.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192 CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





Emissao: 09/10/2018 Referencia: Out / 2018

Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOPERSONAL
Roteiro 4-401-254-1380 Nº med/cdr 00002045983

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Três Irmãs - Campinas/Grande TPB - CEP 58423-700
CNPJ 03.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica Nº002 053.513
Cód. para Débito Automático: 00000425926

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	09/10/2018	08/11/2018	016.217.734-85 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/42592-6

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/09/18	7345	09/10/18	7328	1	101	29

Cód	Descrição	Demonstrativo								
		Quantidade	Tarifa (%)	Valor Base Calc	Alíq. Icms (R\$)	Base de Calc. Icms (R\$)	Alíq. Icms (R\$)	Cofre (R\$)		
									Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)
0801	Consumo até 10kWh-BR	30,000	0,252240	7,58	7,58	27	2,04	7,58	0,08	0,37
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,432430	30,27	30,27	27	8,17	30,27	0,82	1,51
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	1,000	0,548860	0,84	0,84	27	0,17	0,84	0,01	0,03
0801	Adic. B. Vermelha			3,97	3,97	27	1,07	3,97	0,04	0,20
0810	Subsidio			40,39	40,39	27	10,91	40,39	0,44	2,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0907	CONTROLE LUM. PUBLICA			5,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 09/2018			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 08/2018			0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsidio			-27,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	87,69	82,92	22,36	32,83	0,89	4,13
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
18/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62,69

Histórico de Consumo (kWh)

83	87	94	93	94	94	104	101	103	92	81	90
Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/19	Aug/18	Sep/18

RESERVADO AO FISCO

aac7.5b98.d9bc.790a.c027.1836.7c62.f9d7.

Indicadores de Qualidade

8/2018 - Camera Grande 1

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	4,31	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,82		
DIC ANUAL	21,25		
FIC MENSAL	3,36	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,60		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	17,20		LIMITE SUPERIOR
DICRI	10,22	0,00	

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BC	7,69	12,48
Compra de Energia	16,38	24,53
Serviço de Transmissão	2,30	3,03
Encargos Setoriais	2,31	3,28
Impostos Diretos e Encargos	34,27	54,67
Outros Serviços	0,90	0,00
Total	62,89	100,00

Valor do EUSD (Ref. 8/2018): R\$ 3,81

ATENÇÃO

ATENÇÃO

- REVISÃO DE VENCIMENTO: Informar que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas:

- Caso tenha efetuado o pagamento do(s) fatu(r)is, em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.

Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência:

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,03

Faturas em atraso

Set/18	49.50
--------	-------

BORBOREMA

energisa
Roteiro 4-401-254-1360
Matrícula 42592-2018-10-5

VENCIMENTO
18/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62,69

836800000000-9 62690147000-7 00425922018-6 10500401019-2



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1571412

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/12/2017
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE
LIMA

CEP:58400002

Nascimento:08/09/1947

Endereço:JOSE NETO FILHO

Sexo:M

Telefone: 88391535

Cidade: Campina Grande

Idade:070

Bairro:BODOCONGO

Nome da Mãe: MARIA HENRIQUE DA
CONCEICAO

RG:

Nº:275

Responsável:

Data de

CNS:706402674473886

Estado Civil:Viúvo(a)

Atend:30/12/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:47:49

CONVÊNIO:SUS

Médico:

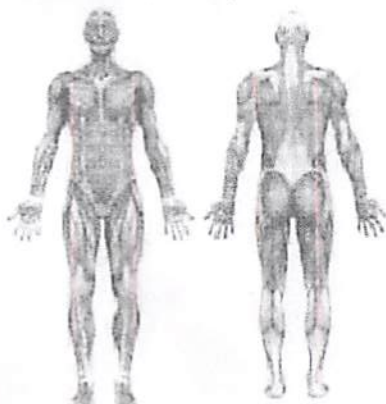
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Entravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sínus de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

B11.1

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-moto, paterna
 capote. Refere dor em ombro direito. Sem outras
 queixas. Neg. vômito ou perda de consciência.
 Ao exame, torax e abdome sem alterações.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X)Fotorreagentes (X)Isocóricas ()Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial (X) Radiografias: torax, ombro
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Atendimento inicial	
2	Rx torax e ombro	
3	Tratamento de urgência	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM

REQUISICÃO DE EXAMES

NAME:	Natália Barbosa		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		
			CLÍNICA:	ENF.:
				LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Realizada em:

201212

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USO FAST

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 30/12/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Nathaly Barboza															PRONTUÁRIO:	914	
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:								
	M	F	B	P	A													

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Clavícula D AP
+ Zanca

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

30/12

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Carimbo e Assinatura do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMINOS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

[illegible]

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	30/12/17
ROTINA:	<input type="checkbox"/>
HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



Orbiter 19:50

Az este fish e radiograf
Fractur de claviculă 6 teros

Co: Acompanhamento ambulatório
Atividade de ortopedia e
cuidados de enfermagem Geral

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

() Centro cirúrgico _____

()Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Óbito

Francisco Pereira Barbosa
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

A avaliação geral do 48 3d/12/14
Em tempo, paciente com vacante,
orientado, w/ a avaliação sup
nel w, Remodinamicamente ex
tível, ECG = 45, pulso 100-
120 e w/ a batimento cardíaco. Rto
ox zero oct. FAST: ausência de
erigido cava. Tórax, pulmão e
pele w/ oct. ex. físico.
Ja eibulado do polipatia

GD: Viertägern

Acta Respiratoriae

Dra. Milena Macedo
MEDICA
CRM-PR 9267

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Natívia Barbosa de Lima</i>	
End: <i>Rua José Neto Filho 275</i>	Bairro: <i>bodoongo</i>
Data de Nascimento: <i>08.09.67</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>acidente</i>	Data do Atend: <i>30.12.17</i> Hora: <i>17h48</i> Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

ninguém
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



PACIENTE:	NATIVO BARBOSA DE LIMA
DATA DO EXAME:	30/12/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

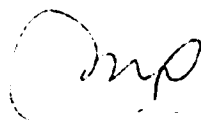
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural.

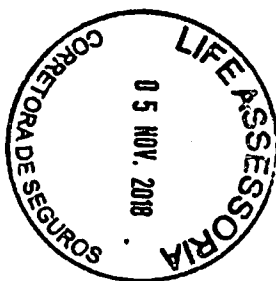
Esteatose hepática difusa acentuada, limitando avaliação de lesões focais no parênquima hepático.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no baço e rins, identificáveis ao método.

*Ressalta-se a limitação do método na detecção de lesões em órgãos sólidos, vísceras ocas e no retroperitônio.



Dra. Míriam Maria Barbosa Albino
Médica Radiologista
CRM/PB 6435





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Natário B. de
Lima

Fisioterapia

Reabilitação
do M.S.D.

10 sessões

Dirig: Ferd.
Silveira

MOD. 001

Dr. Ademir Costa Vanderley
CRM-78.233
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MED. DO TRABALHO
TEL. 3322.4444

05/3/2018

Data

Médico



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE LIMA

DATA DO EXAME: 30.12.2017

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.


Relações articulares conservadas

RADIOGRAFIA DE OMBRO

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas


Dra. Catarina Aguiar
CRM PB 6278





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Wotillo Barrios d

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 60 (_____) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Fratura de
Clavícula Esq

Campina Grande, 30/12/2017

Dr. Ademir Costa Wanderley
CRM-PB 2363
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
MED. DO TRABALHO
TEL: 3325-2510

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.137.582 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/2012

NOME NATIVO BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ BARBOSA DE LIMA
MARIA HENRIQUE DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 08/09/1947

DOC ORIGEM CASAM N.1502 FLS.258 LIV.002
CARTORIO BOQUEIRÃO-PB

601.474.904-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

7-221

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05 NOV. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973959804
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 20170100010571-1 EXERCÍCIO 2017
1 0107252820-4 00/000000000

NOME
NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ 60147490472 PLACA QFY8689/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI LEYMCA209E6013437

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO T/WUYANG WY50QT 2 ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 2 P/49 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA IPVA ISENTO 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º VENG/COTAS

FAIXA IPVA ***** PARCELAMENTO/COTAS 0 2º 3º

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

***** SEGURO P A G O 08/02/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE-PB DATA 15/02/2017

33375

33880

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

PB Nº 012973959804 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
60147490472 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO RETRO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/02/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 60147490472 PLACA QFY8689/PB

RENAVAM 01072528204 MARCA/MODELO T/WUYANG WY50QT 2

ANO FAB 2013 COT. TARIF 8 Nº CHASSI LEYMCA209E6013437

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

***** SEGURO P A G O DATA DE QUITAÇÃO 08/02/2017

PAGAMENTO COTA UNICA 0 PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRPJ 09.243.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

33880-1548251-20170215

JUL-2016





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA NATIVO BARBOSA DE LIMA
 DATA DO ACIDENTE 30.12.2017 CPF DA VÍTIMA 601.474.904-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NATIVO BARBOSA DE LIMA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É NATIVO BARBOSA DE LIMA
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua SILVA JARDIM
 Nº 1.550 COMPLEMENTO CASA BAIRRO JOSÉ PINTADO
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.100-000
 E-MAIL BALDINOSCG@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/11/2018
 IDENTIDADE 4.137.582-SSDS/PB
 ASSINATURA Nativo Barbosa de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05-NOV-2018
 NOME Lee Assessoria
 ASSINATURA Lee Assessoria



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401868/18

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF: 601.474.904-72

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/12/2017

Titular do CPF: NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NATIVO BARBOSA DE LIMA : 601.474.904-72

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: 05/11/2018
Nome: NATIVO BARBOSA DE LIMA
CPF: 601.474.904-72

NATIVO BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA