
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439078

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439078

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0246549139 3 - CPF da vítima: 08951205428 4 - Nome completo da vítima: Georvan Vitorino do Silva

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

5 - Nome completo: Georvan Vitorino do Silva 6 - CPF: 08951205428
7 - Profissão: empregado 8 - Endereço: Rua Manoel Gonçalves Almeida 9 - Número: 10 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boqueirão 12 - Cidade: Campanha Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430790
15 - E-mail: GERSON-METTO@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 83 986434993

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00081901 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
19. Abr. 2019
CORRETORES DE SEGUROS

40 - Local e Data: Campanha Grande - PB 19/04/2019

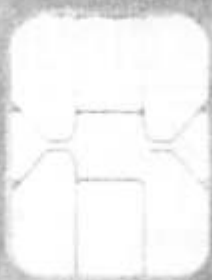
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 1746 4676
6277

VALIDO ATÉ

10/21

JOSEMAR VITORIO DA SILVA

0737 013 00081901-7

elo



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0246549139 3 - CPF da vítima: 08951205428 4 - Nome completo da vítima: Jorraman Vitorino do Silva

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

5 - Nome completo: Jorraman Vitorino do Silva 6 - CPF: 08951205428
7 - Profissão: entregador 8 - Endereço: Rua Maria Gonçalves Nob 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bodocanga 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430790
15 - E-mail: GILSON-VERNO@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 83986434993

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 905757 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 22 JUL. 2019

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-681 (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000129/19 registrada em 12/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:31 horas, compareceu o Sr. JOSEMAR VITORINO DA SILVA, com 36 anos de idade, filho de JOSÉ VITORINO DA SILVA e JOSEFA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão ENTREGADOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.434.518, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08951205428, residindo à rua AV. JUVÊNIO ARRUDA, 29, bairro BODOCONGÓ, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8889.9396.

Declarou que:

Afirma o comunicante que no início da tarde do dia 19.03.2019, estava trafegando pela Avenida Juvêncio Arruda, Bairro de Bodocongó, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD, ano/modelo 2009/2010, cor laranja, chassi nº 9C2KD0510AR005347, de placa NQH-8250/PB, licenciada em nome de Iran de Lima Beserra, quando se chocou com outra motocicleta de características e condutor não identificado, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo lesões graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da outra moto sofreu lesões aparentes leves e conseguiu se ausentar do local sem ser identificado; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 12 de Junho de 2019

Josemar Vitorino da Silva
JOSEMAR VITORINO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0246549139 3 - CPF da vítima: 08951205428 4 - Nome completo da vítima: Jorraman Vitorino do Silva

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

5 - Nome completo: Jorraman Vitorino do Silva 6 - CPF: 08951205428
7 - Profissão: entregador 8 - Endereço: Rua Maria Gonçalves Nob 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bodocanga 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430790
15 - E-mail: GILSON-VERNO@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 83986434993

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0493 8 CONTA: 905757 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha 22 JUL. 2019

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000081901-7

Nr. da Autenticação 98F217F91AEAD47A

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Iran de Lima Beserra,
RG nº 2369531, data de expedição 25/04/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 02768311448, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
R-ALMAYR JOSE TAVARES DEMELO, nº 301,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Saemon Vitorio de Silva, cujo o condutor era
Saemon Vitorio de Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: NXR150 BROS MIXED
Ano: 2009-2010
Placa: NQH 0250
Chassi: 9C2KD0510AR0053FF
Data do Acidente: 19/03/2019
Local e Data: Campina Grande - PB 13/05/2019



Iran de Lima Beserra
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

6º OFÍCIO
Rua Marques do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria
Edif. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58100-000 - Fone: (33) 3341-2608

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
IRAN DE LIMA BESERRA
Doutor, Campina Grande/PB - 13/05/2019
Substituta: **NELIA MELLO LUCAS**
Selo Digital: AIN65501-0595
Consulte a autenticidade em <http://selo.digital.pb.gov.br>
Emol: R\$9,91 Farpen: R\$0,29 MP: R\$0,16 Rep: R\$0,16

SERVIÇO NOTARIAL
6º OFÍCIO
Rua Marques do Herval, 16
Edif. Lucas - Galeria Ed. Lucas
Campina Grande - PB

Nelia Mello Lucas
Tabelião Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1856426

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: 19/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: JOSEMAR VITORINO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 22/03/1983

SILVA

Endereço: MARIA GONCALVES DE MELO Sexo: M Telefone: 988899396

Cidade: Campina Grande Idade: 035 Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA RG: Nº: 8

Responsável: CPF: Profissão: ENTREGADOR

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 19/03/2019 CNS: 203371672940006

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 13:18:53 CONVÊNIO: SUS

Médico: Especialidade:

CRM:

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 Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortante | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Pruma contuso de FACE
E punho direito.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 30 min.
Apresentando dor em LPO. MGA etilismo. Uscua recente.
P: rias arcas peiviu; 3m cervicalgia
S: repurando em AA1 c/ano.
C: Filatel transduencia
D: ETT-15. pulso 110/min com ritmo
E: ferida fechada em punho (D).

ALERGIA:

NAO

MEDICAMENTOS:

NAO

PATOLOGIAS:

NAO

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ()

Glasgow 15 - PA HGT: SatO2

AO exame: (cervical indolor à palpacao)
Tórax indolor à palpacao
Abdomen indolor à palpacao
MTE sem particularidades.

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedista, às 13:40 Dia 19/03/19

Especialista: Brm F., às 13:40 Dia 19/03/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

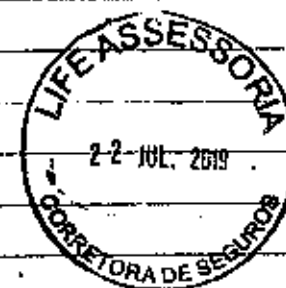
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SAL SOB ML EV	
2	Dipirona 1g + Ad EV	
3	Rilastyl 20mg + Ad EV	
4		
5		
6		

RAIO X
REALIZADO EM:
19/03/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
CIRURGIA GERAL
CRM: 9850

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

André Costa X. Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JOSEMAR VITORINO			Data da Cirurgia 24/03/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. JOAO PAULO		1º Auxiliar: DR OTAVIO	
2º Auxiliar		Instrumentador ANDRE	
Anestesista: DR DIEGO		Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório: FX RADIO DISTAL			
Tipo de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			

01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
 04- REDUÇÃO INCRUENTA
 05- FIXAÇÃO PERCUTANEA COM 2 FIOS K CRUZADOS
 06- TALA LUVA;
 CURATIVOS



Dr. João Paulo
 MEDICINA DO TRABALHO
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/PB 9551

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/03/2019

Horas: 08:34:43

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

DIA 25/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/03/2019 HORA: 08:26:29

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL,

CD VPM, PACIENTE ALTA HOSPITALAR, PRESCRITO CIPROFLOXACINO 500MG
12/12H POR 07 DIAS, SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORO, RETORNO PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA, ATESTADO
MEDICO

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/03/2019

Horas: 01:33:04

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

DIA 24/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 30
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 01:31:53

PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRÊNCIAS.
DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

BWW

CD: VPM, PACIENTE AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM - PB 8926
ORTOPEDIA

24/03/19

08:00H

PA-12080

Paciente consciente e orientado sobre o status
e segue sem queixas de desconforto
momentâneo.

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 652.210

24/03/19

20:00H

PA-12080

Paciente consciente e orientado sobre o status
depois de procedimento cirúrgico e está
sem queixas de desconforto, segue com
vitalidade estável. Equipe de Enfermagem.

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 652.210



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

DIA 22/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	15 24
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	15 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	15 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 22/03/2019 HORA: 11:00:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE: + EVAC: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DO MARANHÃOUK
UK

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2019

Horas: 11:18:41

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

DIA 21/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	11 (12h) 17 (12h) 23 (14h) 05 (13h)

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2019 HORA: 11:18:07

PACIENTE SEGUE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
ASSINATURA E CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

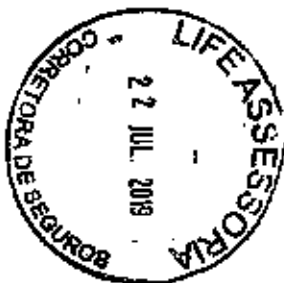


21
03
19

10hs PA: 100x60
Pocimti istonil, comacimti oximtodo
sm nimocliis, siquim quixos
Tic: ~~memolisi~~
Mônica Fortuna Soares
COREN-PB 843.811-TE

21
03
19

20hs PA: 120x80 Tic: memolisi



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9

DEAR SIR
PLEASE

Paciente	JOSEMAR FERDINO	Sexo	M	Alojamento	10	Leito	2	Convênio	
----------	-----------------	------	---	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.03.19	1 - Dieta Livre	5ND	Estado geral <i>boa</i>
	2 - SF 0,9 % 500 ml IV 12 / 12h	12/24	<i>c/ taxa chafada</i>
	3 - Dipirona 02 ml + AD IV 8/8 h	11/22	<i>boa pulso</i>
	4 - Tilatil 20 mg + AD IV 12/12 h <i>S/N</i>	12/24	<i>OK</i>
	5 - Ranitidina 01 cp V O pela manhã.	12/24	<i>Adm. fr.</i>
	6 - C. C. G.	<i>OK</i>	<i>andic</i>

20/03/19-12:00h

24-12-2018

Pet que 5/19/2018
Avenida Enxargia.

Martins de Sina
CORRETORES DE SEGUROS

20/03/19-12:00h

24-12-2018

Pet que 5/19/2018
Avenida Enxargia.

Martins de Sina
CORRETORES DE SEGUROS



20/03/19-12:00h

24

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Josmar Vilson

Alojamento

Leito

Convênio

Nega Alergia

FARMACIA N.D.C.

DISINFECCÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/3/19	① Diclofenac	X	19/3/19 - 12h: 4h
	② Snt 500 mg 12h	X	no pto de x fure
	③ Tiltiv 4mg 12h	X	ca: 12h 12h
	④ Amoxicilina 250mg 12h	X	no pto de
	⑤ 6/6/6h		Bl. exs. pac. 19
	⑥ Amoxicilina 4mg 12h	X	
	⑦ 6/6/6h		
	⑧ 6/6/6h		
	⑨ 6/6/6h		
	⑩ 6/6/6h		
	⑪ 6/6/6h		
	⑫ 6/6/6h		
	⑬ 6/6/6h		
	⑭ 6/6/6h		
	⑮ 6/6/6h		

LIFE ASSESSORIA
22 JUL. 2019
CORRETORES DE SEGUROS

23/03/19 09:40

PA = 130x80

P = 60

Sat = 98%

t = 362

Pacote consiente

2 orientado M

quidas até o momento

Teste os LLCB. Slag

unidades da enfermaria

Vera Lucia Ramos de Oliveira
COREN-PB 203.185-TE

23/03/19 21:00

PA = 120x70 P = 55

Pacote sigla

enfermaria

Vera Lucia Ramos de Oliveira
COREN-PB 203.185-TE





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Josemar Aliterino da Silva

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552.5 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 19 / 03 / 19 A 25 / 03 / 19 NECESSITANDO DE

60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 25 / 03 / 19

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM-PB 7825

Ass. do médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável





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

NOME: Josemar Afonso da Silva


SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

Solicitto fisioterapia motora — x — para

paciente com diagnóstico de Fratura de rádio
distal (D).

submetido à Tratamento cirúrgico

Médico solicitante:


Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM - PB 7825

Data: 25 / 03 / 19



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Josemar Ritorino da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 24 / 03 / 19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de rádio distal (D)

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico

MÉDICO (CARIMBO): Dr Otávio

MOD. 120





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 06.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Matúnas - CEP 58432-509 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Dra. Maria da S. Amelino</u>	
CRM: <u>7825</u>	UF: <u>PB</u>
Endereço: <u>Av. Floriano Peixoto,</u> <u>4700 - Matúnas</u>	
Cidade: <u>C. Grande</u>	UF: <u>PB</u>
Telefone: <u>3330-5850</u>	

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Paciente: Josemar Alatorre da Silva
Endereço: R. N. Gonçalves de Melo, 8 / Cadeado
Prescrição: R. Riso Interno

Lipofar 500 mg — 03 ox
Tomar 01 cp. de 12/12 horas por 7 dias

Data: 25 / 03 / 20 19

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do Médico
CRM 7825

[Assinatura]
Assinatura do Médico
CRM 7825

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
DATA: _____	DATA: _____



Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Josemar Vitorio da Silva</i>			
End: <i>Maria Gonçalves de Melo, 08</i>		Bairro: <i>Bodocongo</i>	
Data de Nascimento: <i>22.03.1983</i>		Documento de Identificação:	
Queixa: <i>Ac. moto</i>	Data do Atend.: <i>19.03.19</i>	Hora: <i>13:13</i>	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:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

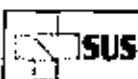
- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Limigiao



Alane Evelyn Marinho
Assinatura e carimbo do profissional



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSEMAR VITORINO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1856465

7 - CARTÃO DO SUS
203371672940006

8 - DATA DE NASCIMENTO
22/03/1983

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
JOSEFA MARIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 988899396

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
MARIA GONCALVES DE MELO, 8, BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250400 PB 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Refere acidente c/ colisões no pé direito. A
motocicleta c/ dor e limitação
do membro

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de radiografia do pé direito

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
19/03/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - COD. ORGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO () CNES () CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)




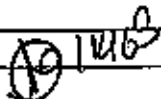
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Joamar Vitorino da Silva</u>	Idade: <u>35a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>24/03/18</u>
Procedimento: <u>Redução cruenta em tratamento cirúrgico de fratura</u> <u>de rádio.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. João Paulo</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Diego</u>	
Início: <u>08:00</u>	Término: <u>08:45</u>
Anestesia: <u>Sedação</u>	

[illegible][illegible]

Observações:





Assinatura Anestesiista

Circulante

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

B 11465

Assinatura do anestesista



[illegible]

Ivanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227784

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA **VIA-01**
P-030

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Josemar Vitorio da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3.434.518** DATA DE EXPEDIÇÃO **08/04/2006**

NOME **JOSEMAR VITORIO DA SILVA**

FILIAÇÃO **JOSÉ VITORIO DA SILVA
 JOSEFA MARIA DA SILVA**

NATURALIDADE **CAMPINA GRANDE-PB** DATA DE NASCIMENTO **22/03/1983**

DOC. ORIGEM **NASC. N. 28972 FLS. 73V LIV. A27
 CARTORIO 2 CAMPINA GRANDE/PB**

CPF **089.512.054-28**

João Pessoa - PB *Boa da Saúde*
 DATA DE EMISSÃO **11 DE 09/08/83**



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição
089.512.054-28

Nome
JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Nascimento
22/03/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012183331790

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

0019156495-8 00/00000000 2015

TRAN DE LIMA BESERRA

02768311448 00H8250/PB

NOVO 9C2KD0510AR005347

PAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR150BROS MIX ESD 2009 2010

2 p/149 /CI PARTIC LARANJA

1 IPVA PAG0 EM 02/10/2015 1º VENC / COTAS

V FAIXA IPVA 0 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 02/10/2015

SEGURO P A G O 02/10/2015

A.F. BANCO ITAUCARD S/A

CAMPINA GRANDE - PB 02/10/2015

12424 4507

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

PB Nº 012183331790 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

02768311448 00H8250/PB

02768311448 00H8250/PB

00191564958 HONDA/NXR150BROS MIX ESD

2009 9 9C2KD0510AR005347

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO P A G O 02/10/2015

SEGURO P A G O 02/10/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.606/0001-04
www.aseguradoralider.com.br
4507-1108581-20151002

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.4)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FACE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Beatriz N. T. de S. Silva
 DATA DO ACIDENTE 19/03/2019 CPF DA VITIMA 08951205428
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Beatriz Vitorio de Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Beatriz Vitorio de Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoá Gonçalves Neto
 Nº 02 COMPLEMENTO Procedência BAIRRO Procedência
 CIDADE C. grande UF PR CEP 58430-790
 E-MAIL TELEFONE (83) 986434997

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 E QUEM REPRESENTA VITIMA 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

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DA SEGURADORA

DATA 22/07/2019
 IDENTIDADE 3434518
 ASSINATURA Beatriz Vitorio de Silva

DATA 22 JUL. 2019
 NOME Beatriz Vitorio de Silva
 ASSINATURA Beatriz Vitorio de Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.4)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FACE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246548/19

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

CPF: 089.512.054-28

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEMAR VITORIO DA SILVA : 089.512.054-28

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: 22/07/2019
Nome: JOSEMAR VITORIO DA SILVA
CPF: 089.512.054-28

JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA