
Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057338

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERIVALDO FIRMINO NERES

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

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: 3 - CPF da vítima: 074.186.404-55 4 - Nome completo da vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES.

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

5 - Nome completo: BERIVALDO FIRMINO NERES 6 - CPF: 074.186.404-55
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA SETENTA 9 - Número: 64 10 - Complemento: B1-03 APT-02
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53090-500
15 - E-mail: balbinoape@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00031604 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 (val nascer)? ☐ 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 ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

576076
0046881/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003671**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **12:03**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MEXICO, 01** - Bairro: **RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO A PRAÇA QUE VAI PARA O TODO DIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR \ AGENTE)
BERIVALDO FIRMINO NERES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA NÃO IDENTIFICADA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): BERIVALDO FIRMINO NERES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

BERIVALDO FIRMINO NERES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**
Data de Nascimento: **30/9/1986** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07418640455**
(CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASTRONOMO** Telefones Celulares:
- **996976459**

Endereço Residencial: **RUA SETENTA, 02, BLOCO 03 APARTAMENTO 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM DE SILVERIO**

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

BICICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**
Categoria/Marca/Modelo: **UTILITARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

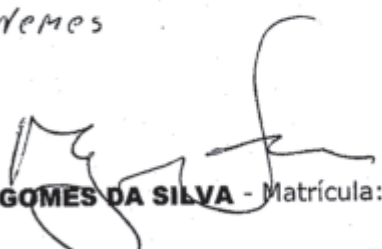
Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO ESTAVA TRANSITANDO -RUA MÉXICO COM SUA BICICLETA QUANDO DE REPENTE SURTIU UMA MOTO E LHE ATINGIU PELAS COS -TAS CAUSANDO AVARIAS EM SUA BICICLETA NO GUIDOM E A LUVA ESQUERDA, QUE ELE AO CAIR SOFREU -TRAUMA NO BRAÇO DIREITO E NO QUEIXO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE OLINDA LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HSPITAL MI -GUEL ARRAES DE ALENCAR ON FOI CIRÚGIADO E QUE PASSOU 05(CINCO) DIAS INTERNADO NAQUELE -HOSPITAL.SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.XX

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

BERIVALDO FIRMINO NERES

**BERIVALDO FIRMINO NERES
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3809323**

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

074.186.404-55

BERIVALDO FIRMINO NERES.

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

BERIVALDO FIRMINO NERES

074.186.404-55

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MOTORISTA

RUA SETENTA

64

81-03 APT-02

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

FRAGOSO

OLINDA

PE

53090-500

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

balbino@pe@hotmail.com (81)999441109 (81)3538-0069

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
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00031604

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 (val nascer)? ☐ 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 ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 16:55

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NEVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0218
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/10/2019 16:56 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação:

NG ALERGIA

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atendimento: 1543608

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 27/10/2019 17:09

Sexo: MASCULINO

Paciente: 176390 BERIVALDO FIRMINO NERES

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: SAO MARCOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53439700

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 81 8768-9024 ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*trauma contuso punho direito
que veio da queda e acidente
reparado - punho direito*

Exame Físico

dr. de punho direito

Hipótese Diagnóstico

fratura não list de. (reparado)

Culpa Terapêutica

*dr. de r.
Avaliação Clínica Mediana (Trauma punho)*

Prescrição Médica

*- curativo
- CEFALGICO 14 2FA 100.00
- ETOFOL 500 2FA 100.00 812
- DEXAMET 1FA 100.00 812
- TAB 4X10 100.00
SABES AMARILHO*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

PRIMA

Senha: _____

Para:

*Sérgio P. [illegible]
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23136
COPIMBO Médico*



1543608

MOBILIZAÇÃO

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: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERIVALDO FIRMINO NERES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000031604-5

Nr. da Autenticação 9CAE85DDB220B089

**compesa**

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53030-010

DADOS DO CLIENTE BERIVALDO FIRMINO NERES		MATRÍCULA: 104874198 Set/2019	
R SETENTA, N. 00067 - BL 03 APT 002 - FRAGOSO OLINDA PE 53090-500			
INSCRIÇÃO: 096.360.785.2451.078 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 104874198			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A115122329	DATA LEIT. ANTERIOR 13/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO
ÁGUA: LEIT ANT: 464 CONSUMO: 7 LEIT ATU: 471 LEIT FAT: 471		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 7 LEIT ATU: LEIT FAT:	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11
08/2019	06 /06	TURBIDEZ	ANALISES REALIZ. 132
07/2019	06 /06	COR APARENTE	ATENDEM A LEGIS 128
06/2019	09 /09	CLORO RESIDUAL	132
05/2019	07 /07	COLIF. TOTAIS	132
04/2019	06 /06	E. COLI	132
03/2019	06 /06		132
MÉDIA: 07 /07		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	

1: 14/10/2019 10:00:49

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS. MATRICULA: 103668667 NOV/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
		1	1	
HIDROMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/11/2019	TIPO DE CONSUMO (VE) MEDIA HD	

AGUA:
LEIT ANT: 4 CONSUMO:1
LEIT ATU: 4
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
07/2019 01
06/2019 01
05/2019 01
MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR. APARENTE	48	48	37
CLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	48
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		2,19
JUROS DE MORA 08/2019		0,96

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO POSTO
PIS	108,92	1,65	1,80
COFINS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/12/2019 TOTAL A PAGAR: 112,07

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURAS PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 111,13. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

VIA DO CLIENTE

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário BERIVALDO FIRMINO NEROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.186.404-55, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima: BERIVALDO FIRMINO NEROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.186.404-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 03 de Janeiro de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE INIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 16:55

Nome Paciente: BÉRIVALDO FIRMINO NEVES
Cod. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0218
Convênio:
Apendimento:
SAME:

Período: 27/10/2019 16:55 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação: NG ALERGIA

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Atendimento: 1543608

Senha de Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 27/10/2019 17:08

Paciente: 176390 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SAO MARGOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cap: 53439700

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81 9768-9024 ESPOSA

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Dores contínuas no dorso
que se agravam ao fazer movimentos
de flexão e extensão.*

Exame Físico

Dr. de dorso no dorso

Hipótese Diagnóstica

Problema no nível de C6/C7

Conduta Terapêutica

*Shd K
Alívio da dor com medicação (Paracetamol)*

Prescrição Médica

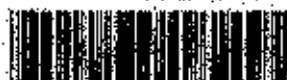
*- Ceftriaxona 1g IV
- Paracetamol 500mg PO a cada 6h
- Ibuprofeno 400mg PO a cada 8h
- 1000ml de Soro Salino IV
- 1000ml de Soro Salino IV
- 1000ml de Soro Salino IV*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ HMA _____ Senha: _____

*Sérgio Pimenta
Ortopedista / Traumatologia
CRM-PE 25.155
Carimbo Médico*



1543608

MOBILIZAÇÃO

URA 24 HORAS - OLINDA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 19:14

Nome Paciente:	BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente:	178890
Data de Nascimento:	30/09/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	30 anos
Serha:	0280
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/10/2019 19:15 - 27/10/2019 19:16

MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA COM TRAUMA EM FACE
JÁ ATENDIDO PELA TRAUMATO

Observação: ALERGIA -

Histórico sintoma: TRAUMA

Examinador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Acolhido(a) por: MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 19:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Condimento: 1543685

Data e Hora: 27/10/2019 19:17

Senha de Classificação:

Paciente: 176390 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1985 Idade: 33 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

CRM: 123466

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Bairro: JANGA

Endereço: SAO MARCOS

PE

Cep: 53439700

Usuário Atendimento: ERIKATF

Cidade/UF: PAULISTA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 81 8765-9024 ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queda de bicicleta há 4h,
fractura / dor no
antebraço esquerdo / Ag. Traor

Exame Físico

ECG = A S / regular
baixa de atividade de 12 leads
A P P A / Aort = 2 / alterado
ritmo cardíaco

Hipótese Diagnóstica

Fractura / Dor

Medic. Terapêutica

A zola de nitro
Ag. Traor

Martina Bezerra

CRM: 123466

Alvo elip
Pós Sessão

Prescrição Médica

Dr. Débora Cavalcanti
CRM: 123466
27.10.2019

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha: _____

Para:

Carimbo/Médico



1543685

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE HMA

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 02:46

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/09/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0005
Convênio:
Atendimento: SAME

Período: 28/10/2019 03:14 - 28/10/2019 03:18

LAÍS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA, RELATA ACIDENTE COM BICICLETA, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM RADIO DISTAL DIREITO

Medicamento(s): FAZ USO DE METFORMINA E GLIBENCLAMIDA

Observação: NEGA ALERGIAS E HAS DM +

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 8
- GLICOSE: 149.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 36.80 °C

RECEBADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro

Assinado(a) por: LAÍS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 03:18

Atendimento: 501318

Data e Hora: 28/10/2019 09:22

Senha de Classificação:



Paciente: 130784 BERNALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1988

Idade: 33 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai:

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA 70

Cidade/UF: OLINDA

PE

67

Bairro: RIO DOCE

Usuário Atendimento: JULIANAPR

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 13:22

Queixa Principal:

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, ciclista vítima de atropelamento por moto, há 12h, apresentando deformidade e firmamento no punho D (membro dominante). Membro não apresenta deformidade, ulna discreta.

Exame Físico:

CE, LFE, insensível e doloroso. MSD: deformidade e firmamento no dorso de punho D, com NLR preservado e dor à manipulação local. RX fx distal de rádio D.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do terço distal de rádio D

Prescrição Médica:

Solicitar RX p/ avaliação.
 Orientado por Dr. Jefferson Guedes.
 Internamento no bloco 23 03h

Data zero
 Sinais F.A.A.
 V.P.

Assinatura de Dr. Jefferson Guedes
 CRM: 123456789

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 25/10/2019

Hora: 18:10

Aviso de Cirurgia: 80520

Paciente: 130784

Convênio Afiliado: 1

Leito: 744

Dt. Início: 28/10/2019 18:49

Cid. Pre-Operatório: S525

Cid. Pós-Operatório: S525

Sala: 0002

SALA 02

BERIVALDO FIRMINO NERES

SUS - INTERNACAO

VERD2-45

Dt. Fim: 28/10/2019 18:10

Atendimento: 501321

Cabeira:

Idade: 83 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS
ANTEBRACO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia:

SUS - INTERNACAO

CIRURGIÃO

ESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO
CIRURGIA: RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COLLES

CIRURGIÃO: DR. FAGNER ATHAYDE

1º AUXÍLIO: DR. PEDRO OLINHA

2º AUXÍLIO: DR. ICARO

ANESTESIA: DRA. CONCEICAO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE;

3. POSICAO DE CAMPOS ESTEREIS;

4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO;

5. APLICACAO DE FIXADOR EXTERNO DE COLLES COM 2 PINOS DISTAIS E 2 PINOS PROXIMAIS

6. CONTROLE COM RX

CURATIVO

7. BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM: 16863

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000

Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Desportiva

Página: 6001

Data: 31/10/2019

Hora: 11:12

Aviso de Cirurgia: 60596

Paciente: 130784

Convênio Atend:

Leito:

Dt. Início: 31/10/2019 09:50

Dt. Fim: 31/10/2019 11:20

Cid. Pré-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Cid. Pós-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento:

Carteira:

Idade: 33 Anos

Procedimento: 0408020407

TRAT CIR FRAT EXTRE META DISTAL OSSOS AN (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 74

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

CIRURGIÃO

10805 FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RADIO-DISTAL DIREITO.

CIRURGIÃO: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA 3,5MM E FIOS DE KIRSCHNER

CIRURGIÃO: DR FABIO COUTO

1º AUXÍLIO: DR PEDRO / DR LIVIO (RESIDENTES CIR. MÃO)

INSTRUMENTADOR (A): PIERLA

ANESTESISTA: DR GENESIO

ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASSÉPSIA + ANTISÉPSIA

3. GARROTEAMENTO EM MSD

4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

5. INCISÃO VOLAR (HENRY) DE 10CM

6. DISSEÇÃO POR PLANOS;

7. VISUALIZADA FRATURA FRAGMENTO GRANDE DA COLUNA RADIAL COM CISALHAMENTO + FRAGMENTO VOLAR ULNAR

8. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5MM

9. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5MM EM T 5X4 FIXADA COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS (Nº 18)

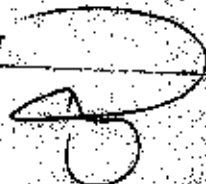
10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO

11. SUTURA POR PLANOS

12. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL

Assinados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

31

Dr. Pedro Thiago da Silva Lima
CRM: 10805DR(A): FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
CRM: 10805



HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES

IDADE: 33 SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 28/10/19

REG: 130784

DATA DA ALTA: 1/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/10/19 RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COILES
- 31/10/19 REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA 3,5 MM E FIOS DE K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacenda
CRM-PE 23547

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaqueiribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **501321**

Usuário: JULIANAFF

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **BERIVALDO FIRMINO NERES**
Idade: 33a. 0m 28d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Escolaridade: Prontuário: 130784
R.G.: 7737759 C.P.F.: 07418640455 Data de Nascimento: 30/09/1986
Endereço: RUA 70 Telefone: CEP: 53040970
Origem: INTERNACAO - OLINDA - PE
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-29
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA
Data e Hora da Internação: 28/10/2019 04:41
Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Cidade: 14/11/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01/11/19 Hora da Alta: 12:00
Motivos: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOA

Diagnóstico Principal: FX. ANO. DISTAL D/AE 1/2

Diagnóstico Secundário01:

Diagnóstico Secundário02:

Tratamento: 28/10 PLFEE Com fixação externa Colley
39110 após a cirurgia o paciente com placa 3/5
+ FIOS K

Assinatura e RG do Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

Médico e CRM:

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 8824
CRM-PE 13590

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 28 de 10 de 19

BERIVALDO FIRMINO

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

REG: 130784

LEITO: _____

DATA/HORA	
28/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
04:00	PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA, CICLISTA VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HA CERCA DE 12H, APRESENTANDO DEFORMIDADE + FERIMENTO COM SANGRAMENTO INATIVO EM PUNHO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE). DIABÉTICO NÃO INSULINO-DEPENDENTE, NEGA ALERGIAS.
AO EXAME:	EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MSD: DEFORMIDADE + FERIMENTO NÃO SANGRANTE EM DORSO DE PUNHO DIR, COM NVC PRESERVADO.
HD:	FX LX DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO
CD:	ORIENTADO POR DR. JEFFERSON CALUMÉ: INTERNAMENTO AO BLOCO AS 7H
	DIETA ZERO

Dr. Luiz Rogério Maderes Gomes
Medicina
CRMPE 27582 / RCLSA 33039

29/10/19
09:14

SOT

HD: FX/LX de terço distal de rádio D
PO (28/10): RFFE com fixador externo de Colles
Paciente estável, sem queixas. MSD com fixador externo bem posicionado em punho e mão D, curativo limpo e seco, não há mobilização de artelhos e boa perfusão distal.
EGB, LOTE, eupneico e afbril.
CD: Solicito LAB + P. cardíaco e programar 2º tempo cirúrgico.

Dr. Luiz Rogério Maderes Gomes
Medicina
CRMPE 27582 / RCLSA 33039

30/10/19
12:04

SOT

HD: A mesma / PO: O. mesmo
Paciente estável, sem novas queixas. Fixador de Colles bem posicionado em MSD, nvc preservado e curativo limpo e seco.
EGB, LOTE, eupneico e afbril.
CD: Programar mobilização para amanhã.



DEPT. OF

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Bernardo Fimino Lima

Clínica:

Enfermaria:

Registro:

Leito:

Data/Hora

18/11/19

#50111

Id. From 1/3 Dist. 1 do Tronco

① (Polo + Fio R).

Pain to son @ 10:00h

OF: Tolo GR. Mol. 10:00h Dr. Gerson Hoff

Med. ASSISTENTE Dr. Fátima Costa

② Tratar Tolo.

21/11/19

#Carga de Mãe #

PO OS Fx não 201 ① 18 21 25m

Euler Lima

Neuroleptol paracetamol de MSD

Fo. Carga e 2m

② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

DEPT. DE CLÍNICA
MIGUEL ARRAES
18/11/19

Atendimento: 501321

Dt. Atendimento: 28/10/2019 - 04:41

Dt. Alta: 01/11/2019 - 18:12

Paciente: 138784 BERIVALDO PIRASSINO NERES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

EVAN OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUELARRAES DE ALENCAR

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 501318 Prontuário: 130784 SAME: 117402 Hora Atend: 03:22 Data Atend: 28/10/2019
Paciente.....: SERIVALDO FIRMINO NERES
Endereço.....: RUA 70 Idade: 33 a
Bairro.....: RIO DOCE
Cidade.....: OLINDA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA UF: PE CEP: 53040070
CID Principal.....: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários.....:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 28/10/2019 Hora Saída: 04:39

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		280-151
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Paciente: _____		Idade: 33
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____	
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____	
Cidade: Paulo Afonso - PE		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)		
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N () Motocicleta: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Arma () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS		
História Clínica Atual: Queda a partir de 10m e deprimido e com dor no antebraço e no pulso direito.		
Hipótese Diagnóstica: Fratura crânio e lesão do braço direito (proprioceptiva)		
AVALIAÇÃO CLÍNICA		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ PA: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N () Sibilos Expiratórios S () N () BAH: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido/Estidor: S () N () Distúrbio Fala/Choro: S () N () Agitação Psicomotora S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N () Pertussão Periférica: Boa () Lentificada () Batidas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérica: S () N ()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-80 Adulto 12-30		FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada do Estímulo Doloroso 4
Descarga 3
Desorientação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG:
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hábito Alcolico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lólo () Maconha () Cota () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Extase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

FI02: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fim do Exame e alta da vítima

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()


N/A

Hora: _____

24/10/18

Local e data

Sérgio Phelip
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 22.202/2018
TEO Médico Assistente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME
	BERIVALDO FIRMINO NERES
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
	7737759 SDS PE
	CPF
074.186.404-55	
DATA NASCIMENTO	
30/09/1986	
FILIAÇÃO	
NAO DECLARADO	
ELIANE FIRMINO NERES	
PERMISSÃO	
ACC	
CAT. HAB	
AE	
Nº REGISTRO	
04275766945	
VALIDADE	
06/09/2023	
1ª HABILITAÇÃO	
16/01/2008	
OBSERVAÇÕES	
EAR	
BERIVALDO FIRMINO NERES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL	
PAULISTA, PE	
DATA EMISSÃO	
10/09/2018	
Charles Andrews Sousa Ribeiro	
19181038158	
PE087947455	
ASSINATURA DO EMISSOR	
PERNAMBUCO	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **074.186.404-55**

Nome: **BERIVALDO FIRMINO NERES**

Data de Nascimento: **30/09/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/04/2005**

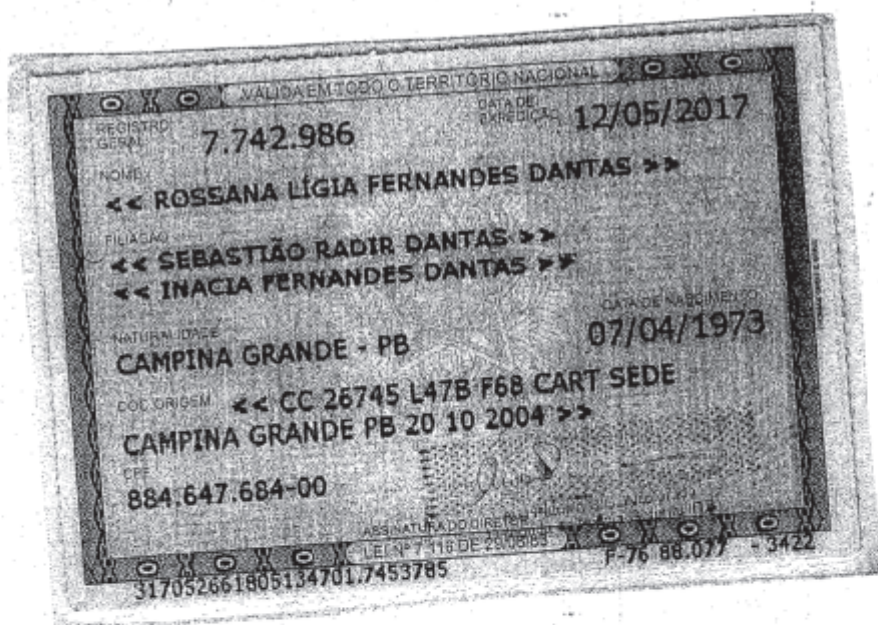
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:10:39** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F45F.EB46.E4C3.4562**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF: 074.186.404-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: BERIVALDO FIRMINO NERES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057338 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057338 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: BERIVALDO FIRMINO NERES

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA

Identidade: 7.737759 SDS/PE CPF: 074.186.404-55

Endereço: RUA SETENTA Nº 67, BL-03, APTº 02
FRAGOSO, OLINDA/PE. CEP. 53.090.500.

PROCURADOR (A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 27/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



A. Lima 21/11/2019

Local e data

BERIVALDO FIRMINO NERES

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO - Abreu e Lima/PE
Rua Cel. Urbano Ribeiro da Silva, 51, Centro - Abreu e Lima/PE - (01) 3542-1381
Alfredo Mariano da Brito - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de BERIVALDO FIRMINO NERES.
Abreu e Lima/PE, 21/11/2019 11:42:58, em testemunho da verdade.
Emolumentos: 3,99 TSNR: 0,80 FERM: 0,04 FUNSEG: 0,08 Total: 4,91.
RC-3-85046

Selo Digital: 0150607.GNQ11201901.00041
Dyogo Monteiro Valadares Pires - Escrevente



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF: 074.186.404-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: BERIVALDO FIRMINO NERES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA