

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180022610**

Vitima: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022610**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12230278



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180022610**

Vítima: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180022610** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº 12320618

A/C: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180022610 ASL-0005344/18
Vitima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Data Acidente: 09/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12441159

A/C: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180022610
Vítima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Data do Acidente: 09/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004915

Conta: 00000006141-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Os dados informados serão armazenados no banco de crédito o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

113.310.134-88

Nome completo da vítima

MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS		CPF titular da conta 113.310.134-88	Profissão RECUSA
Endereço RUA MANAUS		Número 74	Complemento
Bairro GRU TÃO	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58079-778
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4915 D/V 033 CONTA NRO. 006.143 D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

JOÃO PESSOA, 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

Mikaelly Vasconcelos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bolém de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00055.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00055.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 01 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Mikaelly Vasconcelos dos Santos, CPF nº 113.310.134-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Corretora de Imóveis, filho(a) de Marinalva Vasconcelos dos Santos e Jose Ronaldo Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manaus, Nº 74, complemento casa, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3233.

Dados do(s) Fatos:

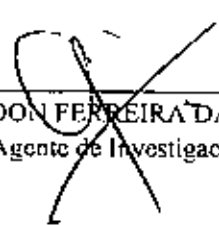
Local: Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Outros, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/16 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

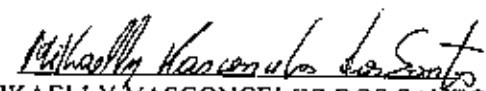
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

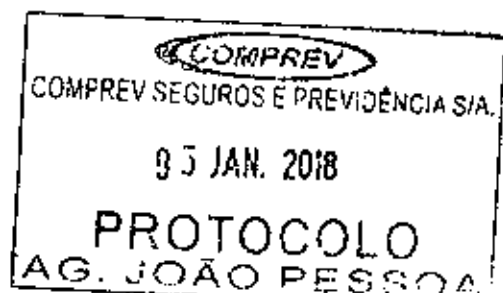
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA ANO 2013, DE PLACA OFX-4086-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110DR735689, EM NOME DE WAGNER DA COSTA MACÁRIO, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM PB 3137, DATADA DE 29/07/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00055.01.2017.1.02.011

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 JAN. 2018

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MIKAEELY VASCONCELOS DOS SANTOS

CPF da Vítima

113.310.134-80

Data do Acidente

09/06/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Declaração de existência de IML

Nome completo do Representante Legal



CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Mikaeely Vasconcelos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**

REGIONAL JOAO PESSOA

Comprovarap de alo decetralorio

DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATORIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 607/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1307510, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**, idade 19 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia **09/06/2016** na R. Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 13:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burty (Ortopedia - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 15 de Julho de 2016.

Jefferson de Rocha Augusto
Estatístico
CREM-SP Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME

SANTU 192 REGIONAL DE GOIÃO PESSOA

SAVU 1921

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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: 21/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000006141-4

Nr. da Autenticação 4CC506D20C672E04

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Atente para sempre pagamento na data fixada (conta de energia elétrica) Nº 000.274.849

Energisa
Luz, calor, água fria e quente.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-
CNPJ 09.093.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.81

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCIA MIRANDA LINS
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA 375 AP 201
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/806587-2

REFERÊNCIA

NOV/2017

APRESENTAÇÃO

09/11/2017

CONSUMO

148

VENCIMENTO

17/11/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,52

Acesse: www.energisa.com.br

Energisa
Luz, calor, água fria e quente.

JUSTIÇA AGUI

MARIA LUCIA MIRANDA LINS

Roteiro: 04-005-050-4350

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2017

VENCIMENTO

17/11/2017

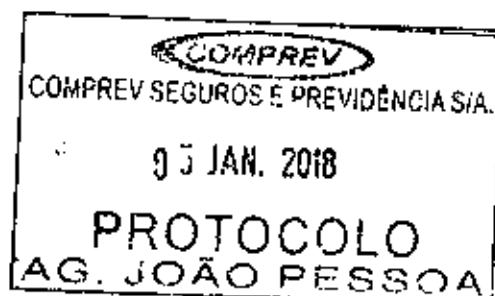
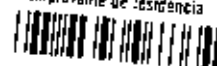
TOTAL A PAGAR

R\$ 136,52

MATRÍCULA

806587-2017-11-1

Comprovante de residência



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

ou ligue para 0800 0221204 ou 0800 221206

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAIS/BOX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu WEBER DA CUNHA REGO, inscrito (a) no CPF 569.951.994, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mikaelly Vasconcelos dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.310.134, 88 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Mikaelly Vasconcelos dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.310.134, 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 <u>RUA JOÃO BATISTA CARVALHO MOURA</u>		Número <u>375</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58059-150</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83. 98888. 0129</u>

JOÃO PESSOA, 14 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Webster da Cunha Rego

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

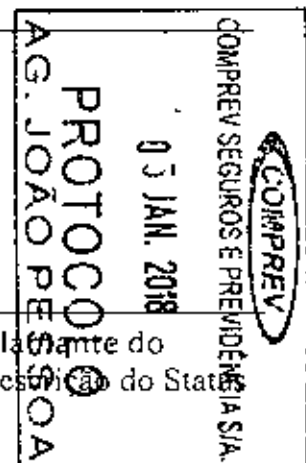
Eu, WAGNER DA COSTA MALARJO

RG nº 3.538.665, data de expedição 30/10/10, Órgão SSP/PB,
 portador do CPF nº 106.177.394.98, com Domicílio na
 cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua ABIDIAS ABIDON DE ARAUJO
 nº 502, 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 MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS,
 cujo o condutor era MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETAAno: 2013/2014Modelo: HONDA /CG 225 FAN KSPlaca: DFX-4086Chassi: 9E2SE4110D2735689Data do acidente: 09/06/2016Local e data: João Pessoa PB - 27/11/2017

X Wagner da Costa Malarjo
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
 sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Designação do Estado: _____



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSEMO MANTOVANI, 229 - ERMITO GERAL - CEP 5075-000 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de WAGNER DA COSTA

MALARJO, I. (104210), J. Pessoa-PB, 27/11/2017 14:10:36 Emol

R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Fepj: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em test da

verdade. ESCRIVENTE TATIANE PEREIRA DA SILVA. Foto

Digital ABC52167-HMT Consulte em

<https://selediotatiane@tribunaonline.com.br>

Documentação médico-hospitalar



CERTIDÃO

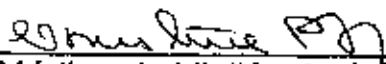
Nº. 1106/2016

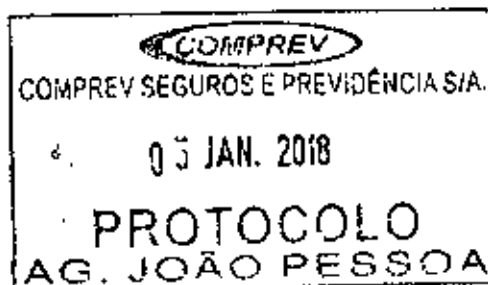
Atendendo solicitação de **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 859367 pertencente ao mesmo que foi atendido no dia 09/06/2016 às 14H31min, vítima De colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em radio distal desalinhada. Realizado procedimento clínico.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859367

Ass: Não Requi

Data: 09/06/2016

Hora: 14:31:28

Recepcionista: JUSSARA DOS SANTOS E

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000728

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3814302 Fone: 988631695

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/11/1996 Id: 19 ano(s)

End.: RUA EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA, 134

Bairro: FUNCIONARIOS II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE RONALDO SEVERINO DOS SANTOS

Mae: MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS

Ocupação: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 988631695 / IDENTIDADE: 3814302

Procedencia: BAIRRO JOSE AMERICO

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X CARRO NA RUA JERSON CARNEIRO

Vitima de acidente por: DA CUNHA PROX A NET AS 13:30HS CONDUTORA

Vitima de violencia por: ENS. MEDIO COMP. PARDA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Colisao carro moto, Trauma em punho D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente moto x carro, com lesões em punho D

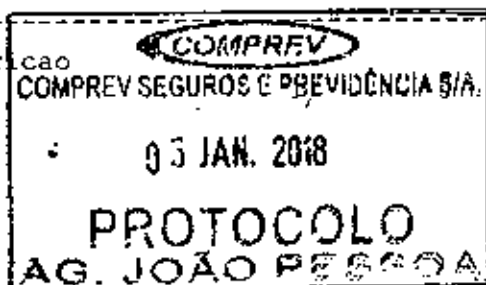
Diagnostico

Conduta

*Rx punho D
Consulta de ORTOPEDIA*

Prescrição

Horario da medicacao



030106-61
030101-43

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

DESTINO DO PACIENTE
[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

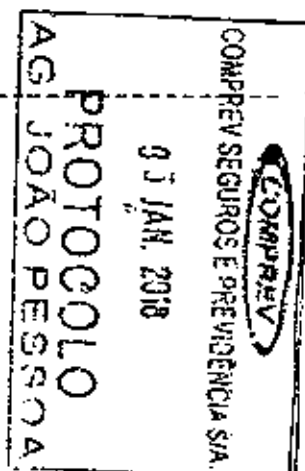
PROCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

Ordem Medicamentos Dose Horário Evolução

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



Alde eury
Dr. Bernardo Oliveira
MÉDICO
CRM-PB 9176

Dr. Daniel Ortega Cayalcante
MÉDICO
CRM 924898

Data e Hora (assinatura e carimbo)

Otopia
Recado via e-mail ao médico de modo a
ser e sobre a informação a partir de
apresentado no RX fratura do fêmur direito
destinado

(7) - Encaminhado ao Hospital para realização

Staff
Dr. Adrian

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SADT Nº

23592792

1 - Registro Ans ANS nº 0
2 - Nº Guia Principal 23592792
3 - Data de Autuação
4 - Setor
5 - Data de Início da Sessão
6 - Data de Encerramento da Sessão 09/08/2016

DADOS DO BENEFICIÁRIO
7 - Nome do Contratado 30102513337012021
8 - Nome do Contratado 30102513337012021
9 - Nome do Contratado 30102513337012021
10 - Nome do Contratado 30102513337012021
11 - Nome do Contratado 30102513337012021
12 - Nome do Contratado 30102513337012021
13 - Nome do Contratado 30102513337012021
14 - Nome do Contratado 30102513337012021
15 - Nome do Contratado 30102513337012021
16 - Nome do Contratado 30102513337012021
17 - Nome do Contratado 30102513337012021
18 - Nome do Contratado 30102513337012021
19 - Nome do Contratado 30102513337012021
20 - Nome do Contratado 30102513337012021
21 - Nome do Contratado 30102513337012021
22 - Nome do Contratado 30102513337012021
23 - Nome do Contratado 30102513337012021
24 - Nome do Contratado 30102513337012021
25 - Nome do Contratado 30102513337012021
26 - Nome do Contratado 30102513337012021
27 - Nome do Contratado 30102513337012021
28 - Nome do Contratado 30102513337012021
29 - Nome do Contratado 30102513337012021
30 - Nome do Contratado 30102513337012021
31 - Nome do Contratado 30102513337012021
32 - Nome do Contratado 30102513337012021
33 - Nome do Contratado 30102513337012021
34 - Nome do Contratado 30102513337012021
35 - Nome do Contratado 30102513337012021
36 - Nome do Contratado 30102513337012021
37 - Nome do Contratado 30102513337012021
38 - Nome do Contratado 30102513337012021
39 - Nome do Contratado 30102513337012021
40 - Nome do Contratado 30102513337012021
41 - Nome do Contratado 30102513337012021
42 - Nome do Contratado 30102513337012021
43 - Nome do Contratado 30102513337012021
44 - Nome do Contratado 30102513337012021
45 - Nome do Contratado 30102513337012021
46 - Nome do Contratado 30102513337012021
47 - Nome do Contratado 30102513337012021
48 - Nome do Contratado 30102513337012021
49 - Nome do Contratado 30102513337012021
50 - Nome do Contratado 30102513337012021
51 - Nome do Contratado 30102513337012021
52 - Nome do Contratado 30102513337012021
53 - Nome do Contratado 30102513337012021
54 - Nome do Contratado 30102513337012021
55 - Nome do Contratado 30102513337012021
56 - Nome do Contratado 30102513337012021
57 - Nome do Contratado 30102513337012021
58 - Nome do Contratado 30102513337012021
59 - Nome do Contratado 30102513337012021
60 - Nome do Contratado 30102513337012021
61 - Nome do Contratado 30102513337012021
62 - Nome do Contratado 30102513337012021
63 - Nome do Contratado 30102513337012021
64 - Nome do Contratado 30102513337012021
65 - Nome do Contratado 30102513337012021
66 - Nome do Contratado 30102513337012021
67 - Nome do Contratado 30102513337012021
68 - Nome do Contratado 30102513337012021
69 - Nome do Contratado 30102513337012021
70 - Nome do Contratado 30102513337012021
71 - Nome do Contratado 30102513337012021
72 - Nome do Contratado 30102513337012021
73 - Nome do Contratado 30102513337012021
74 - Nome do Contratado 30102513337012021
75 - Nome do Contratado 30102513337012021
76 - Nome do Contratado 30102513337012021
77 - Nome do Contratado 30102513337012021
78 - Nome do Contratado 30102513337012021
79 - Nome do Contratado 30102513337012021
80 - Nome do Contratado 30102513337012021
81 - Nome do Contratado 30102513337012021
82 - Nome do Contratado 30102513337012021
83 - Nome do Contratado 30102513337012021
84 - Nome do Contratado 30102513337012021
85 - Nome do Contratado 30102513337012021
86 - Nome do Contratado 30102513337012021
87 - Nome do Contratado 30102513337012021
88 - Nome do Contratado 30102513337012021
89 - Nome do Contratado 30102513337012021
90 - Nome do Contratado 30102513337012021
91 - Nome do Contratado 30102513337012021
92 - Nome do Contratado 30102513337012021
93 - Nome do Contratado 30102513337012021
94 - Nome do Contratado 30102513337012021
95 - Nome do Contratado 30102513337012021
96 - Nome do Contratado 30102513337012021
97 - Nome do Contratado 30102513337012021
98 - Nome do Contratado 30102513337012021
99 - Nome do Contratado 30102513337012021
100 - Nome do Contratado 30102513337012021



23592391

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SADT Nº

23592391

1 - Inscricao Anu ANU Nº 0	2 - Nº Guia Principal 23592391	4 - Unidade Autorização	5 - Cidade	6 - Data de validade da Guia	7 - Data de Emissão da Guia 09/08/2018
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
8 - Número da Carteira 33100873937012021	9 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	10 - Validade da Carteira	11 - Nome M'KAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
13 - Cód. gn no Contratação/CPF 9114675000107	14 - Nome do CONTRATADO CUNYCA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HOUP	15 - Carga CHES 2398808			
16 - Nome do Profissional Solicitante JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	17 - Categoria Profissional CRM	18 - Número no Conselho 4518	19 - UF PB	20 - Cód. gn CBO'S	
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS					
21 - Data/hora da Solicitação 09/08/2018 10:35	22 - Cód. da Benefício U - Cód. da U - Urgência/Emergência	23 - CBO 10 9525	24 - Indicação Geral		
25 - Idade 1 02	26 - Cód. do Procedimento 00010071	27 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	28 - Lote Rote		
2 02	32030118	RAIOX PUNHO A.P. LAT. OBLIQUAS	29 - Data Anul		
3					
4					
5					
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE					
30 - Carga no Contratação/CPF 5390018500113	31 - Nome do Contratado VIDA IMAGEM FORTALEZA	32 - Id. Seg	33/34/35 - Endereço - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF
38 - CBO - BCC	39 - CFP	40 - Carga CHES			
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	42 - Categoria Profissional CRM	43 - Número no Conselho 4518	44 - UF PB	45 - Carga CBO'S	46 - Cód. da Participação
DADOS DO ATRIBUÍDO					
47 - Tipo de Atividade 01 - Radiologia 02 - Pequena Cirurgia 03 - SADI Intensivo 04 - Quiroscopia 05 - Radioterapia 06 - TMS - Terapias Reintegrativas	48 - Indicação de Atividade 0 - Atividade ou função relacionada ao sistema 1 - T-Suato 2 - Quiror	49 - Tipo de Sida 1 - Ressonância 2 - Ressonância Sadi 3 - Ressonância a Imagem 4 - RPA 5 - RPA 6 - Qbts			
CONSULTA REFERÊNCIA					
50 - Tipo de Consulta	51 - Tempo de Consulta				
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS					
52 - Data 09/08/2018	53 - Hora Inicial 09:00	54 - Hora Final 10:00	55 - Táb. 1	56 - Carga no Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Cód. 1
09/08/2018				37030118 RAIOX PUNHO A.P. L	
58 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
59 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
60 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
61 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
62 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
63 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
64 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
65 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
66 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
67 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
68 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
69 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
70 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
71 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
72 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
73 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
74 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
75 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
76 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
77 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
78 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
79 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
80 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
81 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
82 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
83 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
84 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
85 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
86 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
87 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
88 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
89 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
90 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
91 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
92 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
93 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
94 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
95 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
96 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
97 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
98 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
99 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					
100 - Data e Assinatura do Responsável em Plano					



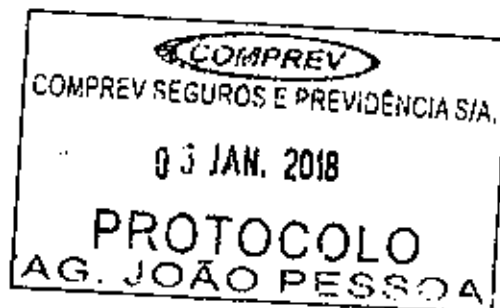
1/ Mikelly Vasconcelos de
Santos

2/ Souiente por favor de
fornecer o ficheiro aberto
dentro, necessito para
terminar o cumprimento
com a fatura com fios
de Kirchmair.

P. Vasconcelos, 10/01/2016



Not. a Caixa Postal (85) 3255.9090 D. 24h: 0300.7893630
Sua. a. a. (82) 3215.2500 (92) 3627.9300 (71) 3203.6700
(88) 3512.1515 (88) 3613.1242 (58) 3212.3400 (91) 3289.6500
Paralela (83) 3268.2100 (83) 3321.9200 (85) 3246.7100
(84) 3220.5050 (84) 3316.1170





13/07/2016 08:30:59

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13768110	MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	F	27/11/1996	19
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
SSDS PB	11331013488		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
98642 5903		MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
10/06/2016	09:22		
Médico Atendente			Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

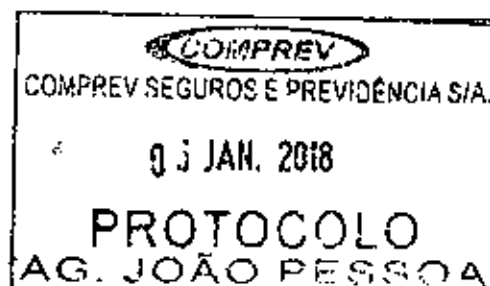
DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
30100873937012021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1631709	99996666	C10434145	INTERNACAO
1631709	30721199	C10434145	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

Remessa: 109076





Nome do paciente: Wendell S. S. S. S.
Idade: 19 Sexo: M Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: Neurologia

CONTÉÚDO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Níveis de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
3. Comunicação - Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tipos de Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Imunizações	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Análises - Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

HCJA	DATA	EVOLUÇÃO
	10/01/16	previdência admitida nesta instituição paralela do Glor. Pires em 1912 a 1000000 de 1000000, para 100 previdência da Glor. Pires em 1912 André Enfermeiro COGENH 21/01/16 previdência Glor. Pires em 1912

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Miguelly Varonato Santos Idade: _____
 Prontuário: 101.148.19-08 Data de admissão: 6/1
 Médico: Dr. Rafael Lacerda
 Acomodação: _____

Setor de Admissão: 101.148.19-08 Horário: _____
 Data: 06/01/2018
 Local: Unidade Cirúrgica

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)				Setor: <u>Unidade Cirúrgica</u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identificação do paciente.	☒	☐	☐	Exames de imagem.	☒	☐	☐
Avaliação pré-anestésica.	☒	☐	☐	Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	☒	☐	☐
Identificação da lateralidade pelo V.A.	☒	☐	☐	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	☒	☐	☐
Confirmação de vaga em UTI.	☒	☐	☐	Termo de consentimento concedido - anestesia.	☒	☐	☐
Exames laboratoriais.	☒	☐	☐	Confirmação de reserva de sangue.	☒	☐	☐
Procedimento a ser realizado.	☒	☐	☐	ASSINATURA:			

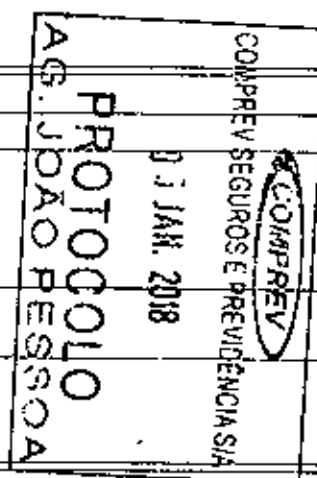
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):				Setor: <u>Unidade Cirúrgica</u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmação da identidade do paciente.	☒	☐	☐	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue e risco de perda sanguínea (> 500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	☒	☐	☐
Prontidão do paciente.	☒	☐	☐	Via aérea difícil / risco de aspiração.	☒	☐	☐
Prontidão do equipamento.	☒	☐	☐	Confirmação de vaga em UTI.	☒	☐	☐
Checklist completo dos equipamentos.	☒	☐	☐	Checkagem completa das medicações a serem utilizadas.	☒	☐	☐
Assinatura:							

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):				Setor: <u>Unidade Cirúrgica</u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Verificação da equipe cirúrgica.	☒	☐	☐				
Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:							
Lateralidade do procedimento.	☒	☐	☐				
Paciente certo.	☒	☐	☐				
Sua cirurgia identificada.	☒	☐	☐				

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:				Setor: <u>Unidade Cirúrgica</u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Previsão do cirurgião.	☒	☐	☐				
Material instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	☒	☐	☐				
Checklist de equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	☒	☐	☐				
Análise do perfil axia realizada nos últimos 60 min.	☒	☐	☐				
Revisão com anestesista.	☒	☐	☐				
Medicamentos e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	☒	☐	☐				
Revisão de enfermagem.	☒	☐	☐				
Material necessário ao procedimento em sala e funcionando.	☒	☐	☐				
Análise do material confirmado e validado.	☒	☐	☐				

APÓS O INÍCIO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):				Setor: <u>Unidade Cirúrgica</u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	☒	☐	☐				
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	☒	☐	☐				
Formatação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	☒	☐	☐				
Preservação de guias e, ou relatórios pelo médico cirurgião.	☒	☐	☐				
Manutenção do fecho do fecho elevado 30° a 45°.	☒	☐	☐				
Orientação de posicionamento de membros.	☒	☐	☐				
Cuidados com drenos e sondas.	☒	☐	☐				

Legenda: S = Sim / N = Não / NSA = Não se aplica



Prescrição: 0009810523 Atendimento: 36561483

Prontuário: 13768110

Data: 10/06/2016

Hora: 10:42

ente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP

Peso: 65.00 kg

Leito: 1A-103/1

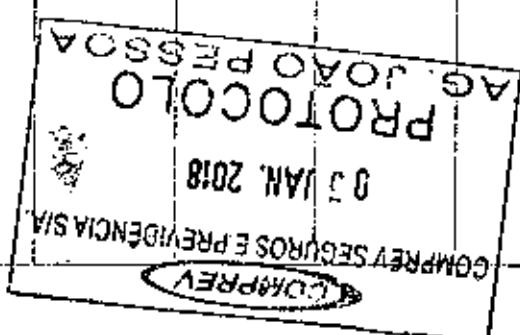
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

hidratação /enosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	16:00
ORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml				
CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D0/1)	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	18:00	: 11/06-02:00
Agua Destilada	10 ml					
PROFENID-IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml					
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV		
Agua Destilada	18 ml					
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
FRANAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml					
Suspensão às 10:56 hs de 10/06/16						
CLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	18:00	: 11/06-02:00
Agua Destilada	18 ml					
ONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						
SN						
URATIVO MEDIO+SF+GAZE						
6:00						
COLCHOADA						
UNCAO C/ JELCO						
SN						
6:00						
SINAIS VITAIS						
SELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
RETIRADA DE DRENO DE						
SN						
6:00						
ORTOVAC						
URATIVO COM ATADURA E GAZE						
COCHOADA MEDIO						
SN						
COMPRESSÃO COM ETER						
SN						
Nota em: 11/06/2016						
ALTA MÉDICA (BRADU)						



Prescrição: 0009810523 Atendimento: 36561483 Prontuário: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 10:42

ente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1ANDAR - HGUP

Peso: 65.00 kg Leito: 1A-103/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS

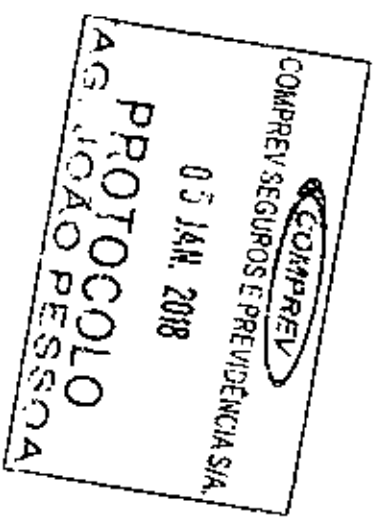
Ass. para o SNO

EROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

HORÁRIOS



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nº Prescrição: 9816772 Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS S/ Prontuário: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 22:57
Atendimento: 36561483 Leito: 1A-107 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

2 - REALIZAR/REGISTRANDO

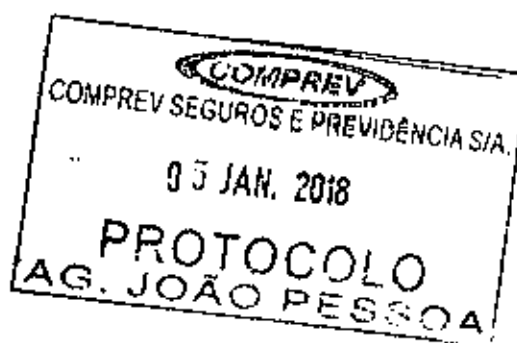
Sinais Vitais - Pressão Arterial 19:00 11/06 01:00 11/06 07:00

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

10/06/2015 20:00	PACIENTE EM IDPO DE FRATURA DE PUNHO CONCIENTE, ORIENTADA EM AVP, ATB, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	EDJANEIDE VICENTE
11/06/2016 02:00	PACIENTE MCPM	EDJANEIDE VICENTE
11/06/2016 03:00	PACIENTE SEQUE EM SONO E REPOUSO PRESERVADO	EDJANEIDE VICENTE
11/06/2016 08:00	PACIENTE SEQUE MCPM VERIFICADOS SS/VV SEQUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	EDJANEIDE VICENTE

PROFISSIONAIS

EDJANEIDE VICENTE DOS SANTOS (COREN 696786)



Nome: Al Karolly Marcelino dos Santos Registro: 36561483 CONVENIO: Hapvida
 Tipo de Cirurgia: Fratura do Punho Direito CIRURGIÃO: Dr. Rafael Lora
 P.Auxiliar: 29 Anestesiista: Dr. Felipe Tipo de Anestesia: Bláguio e Sedação
 Instrumentador(a) _____ Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Amelora (amp)	32727		Nilipiridol (amp)	14877		Comprimido 2mg	14882	30	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp) 20%	34196		Oclaxina 500 (Oral)	12173		Comprimido 100mg	14883	05	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp) 60mg	34282		Paracetamol 2mg	42315		Comprimido 2mg	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35181		Plasil (amp)	49581		Drenagem de Urina	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35182		Profenil	49581		Elástico 1.25mm x 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35183		Propofol (amp)	45542		Elástico 1.25mm x 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35184		Propranolol (amp)	43060		Elástico 1.25mm x 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35185		Quelogen	45174		Elástico 1.25mm x 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	41156		Ranitidina 150mg (amp)	39144		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45194		Sereno/Seroflurano 250ml	77503		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45209		Soro Ringer Lactado 500ml	41290		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45213		Soro Ringer 500ml	118240		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45214		Soro fisiológico 1000ml	45788		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45215		Soro fisiológico 500ml	45800		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45216		Soro fisiológico 250ml	45793		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45217		Soro fisiológico 100ml	45810		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	115477		Soro fisiológico 500ml	45812		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	35005		Tilazil/Tenoxicam 40mg (amp)	119285		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	39085		Tilazil/Tenoxicam 20mg (amp)	24411		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40045		Tramal (amp) 100mg	39386		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40037		Tramal (amp) 50mg	39715		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40038		Ulfon 2mg	118970		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	125122		Vitaminas	45110		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	119145		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40142		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40263		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	40406		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	119023		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	145419		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	36222		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	36730		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	37405		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	75064		Vitaminas	50614		Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45553		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45554		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45555		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45556		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45557		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45558		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45559		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45560		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45561		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45562		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45563		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45564		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45565		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45566		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45567		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45568		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45569		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45570		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45571		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45572		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45573		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45574		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45575		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45576		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45577		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45578		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45579		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45580		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45581		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45582		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45583		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45584		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45585		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45586		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45587		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45588		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45589		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45590		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45591		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45592		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45593		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45594		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45595		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45596		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45597		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45598		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45599		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45600		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45601		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45602		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45603		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45604		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45605		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45606		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45607		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45608		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45609		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45610		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45611		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45612		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45613		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45614		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45615		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45616		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45617		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45618		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45619		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45620		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45621		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45622		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45623		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45624		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45625		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45626		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45627		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45628		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45629		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45630		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	14883	1	Fio de Algodão Agulha 2.0	14883	30
Amelora (amp)	45631		Vitaminas			Faixa de Sutura 1.0mm	148				

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG 3040 PF-550A

Close 1	Alcohol Co	200m
Close 2	Deegmat	200m

[illegible]

6. 12

DATE SEP 16
PAGE 23

123 123

22/11/2019

Answer: 100%

X (10/21)

EVENTO

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

A non-Tahitiensis
B unknown HSD #20
C ~~known~~ + anti-prog. m.
D B. ~~plasma~~ via and/or. ~~anti~~
E ~~anti~~
F ~~anti~~
G ~~anti~~ F.C. (no ~~anti~~)
H ~~anti~~ ~~anti~~ ~~anti~~
I ~~anti~~ ~~anti~~ ~~anti~~
J

REAS

BALANÇO

Entubação: Oro — Nasc — Sonda: —

Respiração: Espont. Assist. Mecân.

Absorvedor de: Sem Com

Posição: D DMSA Local da Punção: _____

Agulha: ASD LINE Técnica: D. V. P. 1000
Início: 11.00 H Final: 11.45 H
Duração: 45 min

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

755 144,751 251

Ass. Anestesista - GEM Tel. 31466211

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:29

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO Nº: 04983753 09/06/2016 às 23:26 Idade: 118215
CRM 4518

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CID10

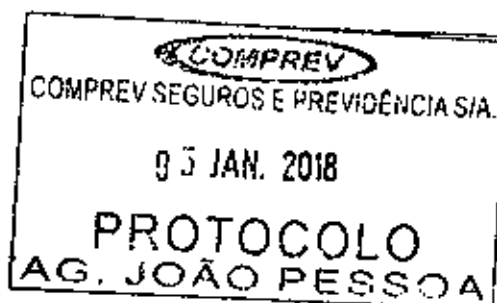
S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:26

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36549501 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): MARCOS VINÍCIOS AMORIM FREITAS Nº: 04979124 09/06/2016 às 17:45 Idto:

CRM 7605

ANAMNESE

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Queixas e Sintomas Gerais

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 5 HORAS

HDA



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

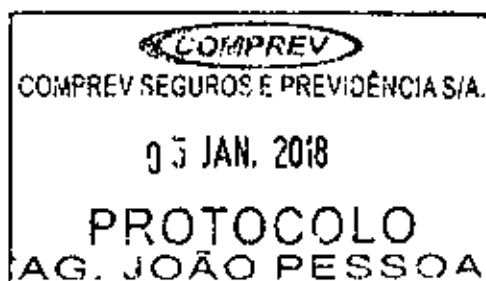
13/07/2016 08:30

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN^{TE} Nº: 04983861 09/06/2016 às 23:39 leito: 118215
783734

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE TRAMAL AMPL 100MG O EV ADMINISTRADO AS 23:39, EM 09/06/2016
SUPORTE RESP. GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

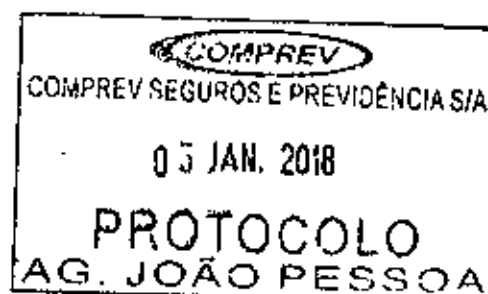
Emissão: 13/07/2016 08:30:33

Nº Prescrição: 9806884	Atendimento: 36553030	Prontuário: 13768110	Data: 09/06/2016	Hora: 23:28
Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE	
			Peso: kg	Leito: 116215/27
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG Agora	EV	
	Agua Destilada	100 ml		
7. Alta em: 09/06/2016	a partir de 23:30	ALTA AMBULATORIAL NORMAL		
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO				

RP1541

LUZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2016 08:30

10.1 22 99



13/7/2016

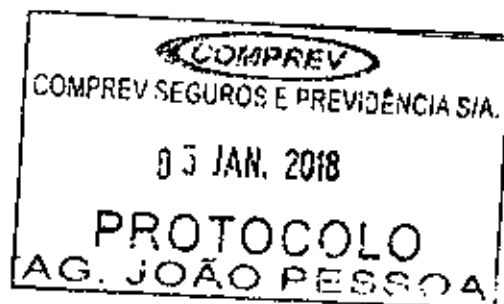
22

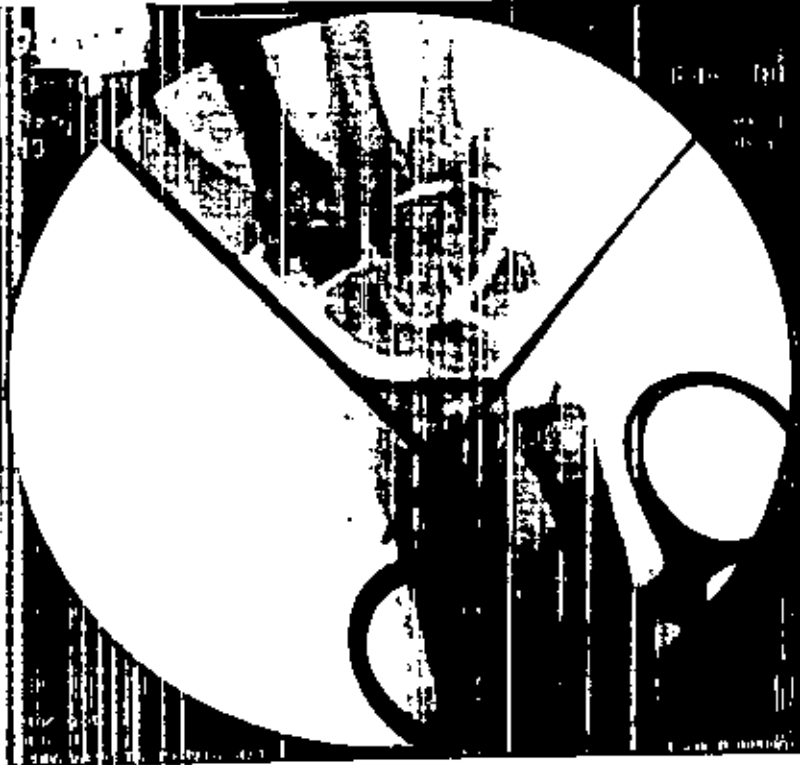
CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/06/2016 15:55

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36561483 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 87941 Nº: 04989574 10/06/2016 às 10:46 leito: 1A-103

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Diagnóstico Cirúrgico	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	10/06/2016
Hora Da Cirurgia	10:46
Cirurgia	OSTEOSSINTESE COM FIOS PERCUTANEOS
Cirurgião	DR RAFAEL LARA
Anestesiata	DR JULIANO
Descrição Cirúrgica	1-ANESTESIA 2-ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3-COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4-REDUÇÃO DO FRAGMENTO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM 02 FIO DE KIRCHNEER NO PUNHO DIREITO 5-CONTROLE FLUOROSCOPICO OK 6-TALA GESSADA TIPO LUVA





PAGINA - 0001 0001
DATA - 15.06.16
HORA - 16.27.45

Operacional ? Sim () Nao (X)

Telefons: 8332441520

Telefons:

acao Procedimento: NORMAL
IENTO CIRURGICO

.o:

ste Dt Liberacao GNEAP Dt Internacao
* 10062016 10062016

Operador GNEAP

AROGARIO

Qdt Dias

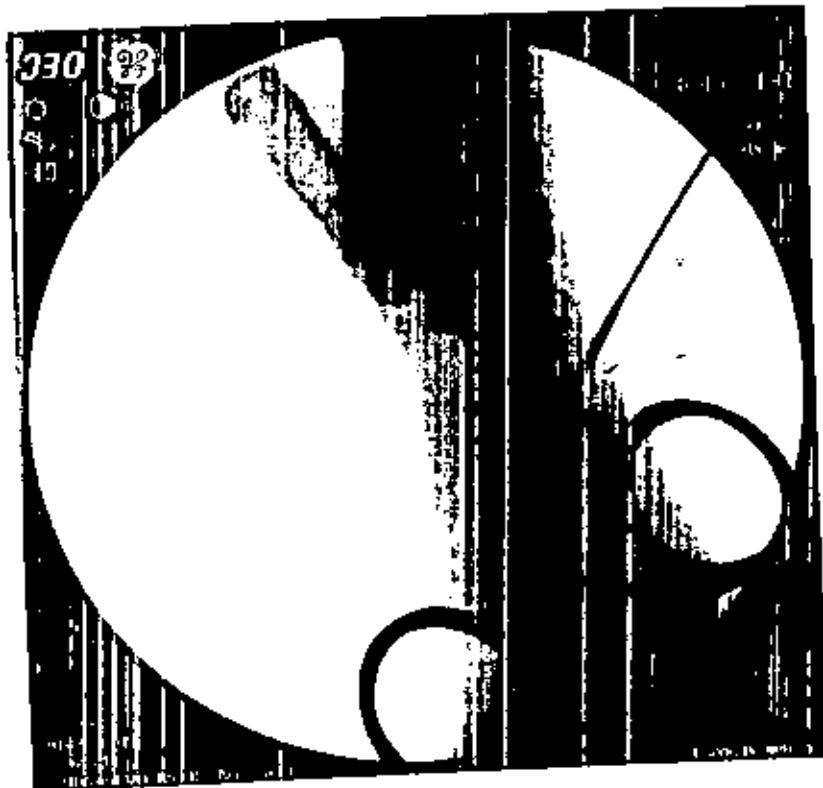
1

Situacao

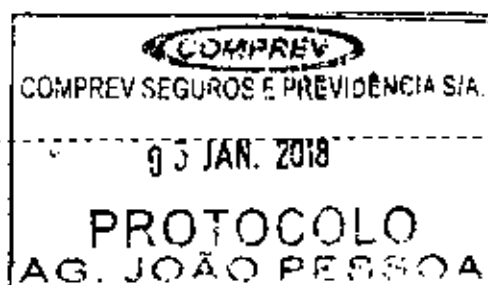
LIBERADO

DCUVL Fornec	VL GNEAP	Tx Com	autoriz	fp Lib
13.00	13.00	13.00	35.00	SIM NR
75.48	275.48			NAO

31879



R 00WXS 57636001





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE DOCUMENTOS

Nome: MARGARETE VASCONCELOS DOS SANTOS

DOC. IDENTIFICADOR / FOTO EMISSOR DE: 3814302 A 6509 T 9 PB

CIVIL: 113.310.134-88 **DATA NASCIMENTO:** 27/11/1996

RELIGIÃO: JOSE RONALDO SEVERINO DOS SANTOS
 MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS

SEXO: F **ACE:** A3 **CEP:** A3

Nº PROCESSO: 06450699871 **VALIDADE:** 19/01/2020 **1ª VALIDADE:** 31/08/2015

PROIBIDO PLASTIFICAR 1468885698

Observações:

Margarete Vasconcelos dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO:** 29/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: 48156659491
 98034389261

PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

95 JAN. 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 WEBER DA CUNHA REGO

DOC IDENTIFICAÇÃO: DATA EMISSÃO DE
 1207482 SSP PB

CPI DATA NASCIMENTO
 569.951.994-72 01/03/1968

RESIDÊNCIA
 VICENTE DA CUNHA REGO
 JOSEFA SOARES DA CUNHA
 REGO

MEMBRADO AGE CATEGORIA
 56/2013 3

Nº REGISTRO VALOR DE 1ª HABILITAÇÃO
 02849644421 12/12/2018 21/01/1998

OBSERVAÇÕES

Webster da Cunha Rego
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
 JOAO PESSOA, PB 12/12/2013

Proteção Civil
 ASSINATURA DO EMISSOR 06085645137
 PB027623637

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 881588025

MIDIO PLASTIFICAD
 881588025

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** Sinistro: **3180022610** Data: **09/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manaus, 74 - Grotão - João Pessoa - PB - CEP 58079-778**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp / PB**] **3814302**

Data local do exame: [**23/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de rádio distal direito. Acidente 09/06/2016 Ao exame : edema +limitação de flexo extensão em punho direito em 50 %

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Cirurgia em 10/06/2016 e alta em 12/07/2016

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação motora

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022610 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito

Descrição do exame médico pericial: Acidente 09/06/2016.

Ao exame : edema e limitação de flexo extensão em punho direito em 50 %.

Resultados terapêuticos: Cirurgia em 10/06/2016 e alta em 12/07/2016.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho devido ao edema e limitação da flexo-extensão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

07/11/1996

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADILSON VASCONCELOS DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 09/06/2016 CPF DA VÍTIMA 223.310.134-88
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É o mesmo
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MANAUS
 Nº 74 COMPLEMENTO _____ BAIRRO GRONIAS
 CIDADE - JOÃO PESSOA UF PB CEP 58079-778
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRÉTIÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL) 5401V
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
 (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRDIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACQUIRIDAS NO RESPECTIVO PERÍODO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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)
 () REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

FORMAÇÕES IMPORTANTES

• 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.

• PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO.

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO E ENTREGUE

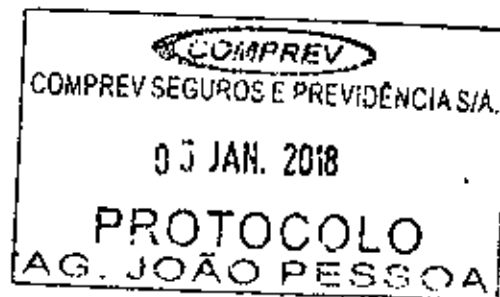
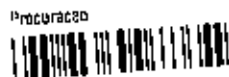
DATA 14/12/2017IDENTIDADE 3874302ASSINATURA Adilson Vasconcelos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Mikaelly Vasconcelos dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Corretora de imóveis Nº DO RG: 064.50699871
ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB DATA DE EMISSÃO: 19/01/2020
Nº CPF: 113.310.134-88 ENDEREÇO: R. Marcus, 79 Coité
JOÃO PESSOA/PB - 58079-778

OUTORGADO: WESER DA CUNHA RELO
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO Nº DO RG:
ORGÃO EMISSOR: DETRAN DATA DE EMISSÃO: 12/12/2013
Nº CPF: 569.951.994-77 ENDEREÇO: RUA. JOÃO BATISTA DE
SARACENA, número 1175 APT. 701 EDE. LARANJEIRA JARDIM
CIDADE UNIVERSITÁRIA - JOÃO PESSOA/PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Mikaelly Vasconcelos dos Santos a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA, 06 de DEZEMBRO de 2017.

4º OFÍCIO

Mikaelly Vasconcelos dos Santos

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por

TRAVASSOS

4º TABELADO DE NOTAS
Av. Mega, 360 - (Imagem) 51 010 100 João Pessoa
(11) 30478 / 3041033
contato@travassos.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) F(s) (Assinatura) de
Mikaelly Vasconcelos dos Santos
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 06/12/2017 11:07:30
Jacqueline Malheiros Claudino - ESCRIVENTE
(2017-015255)EPIOL-R# 19,25 FAPEN-R# 0,27 FEPD-R# 1,85 ISS-R# 0,46
SELO DIGITAL: AGC12576-78TG
Confira a autenticidade em <https://selodigital.travassos.com.br>

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180022610

CPF da Vítima

113.310.134-88

Nome completo da vítima

Mikaelly Vasconcelos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Mikaelly Vasconcelos dos Santos		113.310.134-88		Recusou
Endereço		Número	Complemento	
Rua Manaus		74		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Grotão	João Pessoa	PB	58079-778	
Email		Telefone (DDD)		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4915 (Informar dígito se existir)		D/V 6141 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 4 (Informar dígito se existir)		D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa 02 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Mikaelly Vasconcelos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

033-569024948-0

02/FEV/2018

HORA DF 16:27:24

LOT: 13.23215-7

TERM: 049322

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0037

CONTROLE: 065888320

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4915 013 00006141-4

MIKAELLY V SANTOS

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

033-569024948-0

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

COMPROVANTE

66 FEB 2018

PROTOCOLO

AGENCIA