

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

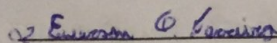
Erasson Olimário Ferreira, Brasileiro, solteiro, estudante
Inscrito no RG: 3655187 Contador pelo CPF 710447-
254-70 Residente e domiciliado a Rua - Poeta Auto-
nio Barroso - 56. Maceió

OUTORGADOS: MEDEIROS ASSESSORIA, Fábio Marcaja de Almeida Carneiro brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 22.725, com endereço profissional sito na Rua. José Florentino Junior, 136, sala 02, Tambauzinho, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

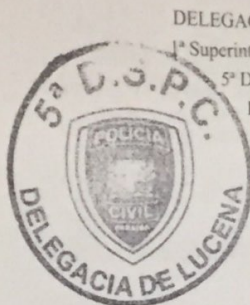
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 16 de outubro de 2020



OUTORGANTE





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00334.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ewerson Olegário Ferreira**, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Ana Maria Tolentino Olegário Ferreira e Alembert Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPR-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 157.356-4

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101

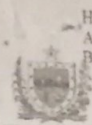
1/2

Digitalizada com CamScanner



01/08/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/08/2020
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020

Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM ITNERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=2193753

Digitalizada com CamScanner



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: Euerson Olegario Ferreira

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

5 - Nome completo: Euerson Olegario Ferreira 6 - CPF: 700.441.254-70
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Antonio Barbosa 9 - Número: 56 10 - Complemento: coxa
11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58423-700
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83988056654

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 01.10.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Bolero para sempre pagante em casa
Fiscal/conta de energia elétrica: Nº 007.618.952

DADOS DO CLIENTE:
JOSEFA GOMES DE FARIAS
RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
4/83406-9

www.energisa.com.br @energisa

REFERÊNCIA SET/2020 **APRESENTAÇÃO** 18/09/2020 **CONSUMO** 128 kWh **VENCIMENTO** 25/09/2020 **TOTAL A PAGAR** R\$ 105,61

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03269.641001 00299.859173 1 83890000010561	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
BENEFICIÁRIO ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA		CPF 08.826.586/0001-95		
ENDEREÇO AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4789 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700		NÚMERO NÚMERO 32896410000299859		
DATA DO DOCUMENTO 18/09/2020	Nº DOCUMENTO 000000009-2020-09-6	ESPECIE DOC DS	AGENTE N	DATA DO PROCESSAMENTO 18/09/2020
	CARTÉIRA 17	ESPECIE RS	QUANTIDADE	VALOR
INSTRUÇÕES: OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				(1) VALOR DO DOCUMENTO 105,61
				(2) DESCONTOS / ABATIMENTOS
				(3) OUTRAS DEDUÇÕES
				(4) MORA/MULTA
				(5) OUTROS ACRÉSCIMOS
				(6) VALOR COBRADO
PAGADOR JOSEFA GOMES DE FARIAS RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492 SACADOR/AVISTA		CPF/CNPJ 031.746.814-64 CAMPINA GRANDE (AG: 481) CDD. DE BADA		

Autenticação mecânica

Ficha de Compensação

Digitalizada com CamScanner



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 153.15284.42-9

6390274 0050 PB

Erwerson Olegario Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ERWERSON OLEGARIO FERREIRA

FILIAÇÃO: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA
ALEMBERG FERREIRA

NASCIMENTO: 07/07/1998

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO: R.G. - 3655187 - 13/05/2008 - SSDS - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 700.441.254-70

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SINE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE

DATA DE EMISSÃO: 24/02/2017

CNH: SEÇÃO: ZONA:

ABILIO SÉRGIO DE VASCONCELOS CORREIA LIMA
Supervisor Regional do Trabalho e Emprego/PB

ASSINATURA DO EMISSOR

25117 6390274 50-12

Digitalizada com CamScanner



Cristóvão

exatista com du + limitação de

ambos braços após queda de moto (sic)

us: Fator de dor em limit

co: síndrome brachialgia

ass: Agente Lúcio a dução e
em brachialgia

Dr. Fábio Crispim

24 JUL 2020

Cidade de São Paulo, 24 de Julho de 2020.

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

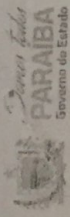
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





Governo do Estado
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ G

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:2193742

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 25/07/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Atendente : acolhimento

Batlim de Emergencia (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: EWERSON OLEGARIO

Atendente : acolhimento

CEP:58400002

Nascimento:01/07/1998

FERREIRA
Endereço: RUA RIACHUELO
Sexo: M
Telefone: 99175906

Cidade: Campina Grande
Bairro: JARDIM PAULISTANO
Idade: 022

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO
RG: N°:1552

OLEGARIO FERREIRA

Response level: MAE

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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

085:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

ACQUA AUTOMOBILISTICO

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS ICOS

Um FOL. ESVADE DE QUARTE, BECA NAU DE CONDUCA, DEBIDA DE EN BOUTO E QUARO ESVADE.

A. na mesa pequena, movimento lateral B. MV + MV ANT
5m. N. ci Especial Homenagem, D. Gibson 15, P. 12.
E. De deformase em outro espaço, levando em 30 seg
E. 12 seg.

ALERGIA: DIPINO NA

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

(-) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
----	------------------------	-------------------

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020
Horas da Impressão: 12:15:19
Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

S-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022
Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M
Clínica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	de
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO. 24/24HORAS	10
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 01D/2D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	01
7	CURATIVOS 12h/12h	

9

Digitalizada com CamScanner



SINISTRO 3200389482 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EWERSON OLEGARIO FERREIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO EWERSON OLEGARIO FERREIRA**CPF/CNPJ:** 70044125470**Posição em 03-12-2020 15:47:49**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

