

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Nº Sinistro:** 3180569157

**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Data do Acidente:** 30/07/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569157**.

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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569157**

**Vítima: MARCOS BENIGNO LIMA**

**Data do Acidente: 30/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARCOS BENIGNO LIMA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

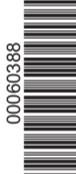
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

**Aos Cuidados de:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Nº Sinistro:** 3180569157

MARCOS BENIGNO LIMA

**Data do Acidente:** 30/07/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180569157**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	062.360.365-94	Marcos Benigno Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	062.360.365-94	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
RECOLTA	TV RITA 70	130 0467		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	99360-000
MOV. RITA	DOURIN	SE	TEL. (DDD):	71 99606-9061
E-mail:				

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

**DADOS CADASTRAIS**
 RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 16.232 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs 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.

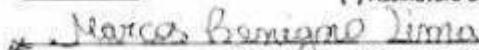
 Imprensa  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: 000000 - 03 - 12 - 2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# POLÍCIA CIVIL ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE PEDRINHAS  
Marcelo Hercos Lyrio - DELEGADO DE POLICIA/LEI 7.870/14 | 13/11/2018 | 18:06:35

**Menu** **Sair**

## Pesquisa

Boletim de Ocorrência N. 2018/06531.0-000625 da  
DELEGACIA DE POLICIA DE BOQUIM  
Boletim de Ocorrência

### FATOS

**Natureza:** LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO

**Data e Hora do Fato:** 30/07/2018 - 07:30 **até** 30/07/2018 - 07:30

**Endereço:** Número: Complemento:

**Bairro:** Povoado MANGUE GRANDRE **Cidade:** BOQUIM - SE **CEP:** 49360000

**Tipo de local:** VIA PUBLICA

**Meio empregado:** OUTRO

**Valor:** R\$ 0,00

**Mais informações**  
sobre endereço:

### VÍTIMA-NOTICIANTE

**Veio ao plantão?**

**Nome:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Nome do pai:** JOSÉ LUIZ SANTANA LIMA **Nome da mãe:** MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA

**Pessoa:** Física **CPF/CGC:** 062.360.365-94 **RG:** 289879422 **Órgão expedidor:** SSP-SE

**Naturalidade:** BOQUIM **Data de nascimento:** 18/05/1996 **Sexo:** Masculino **Cor da cútis:** Parda

**Profissão:** Auxiliar Industrial **Estado civil:** Solteiro **Grau de instrução:** 2º Grau Completo

**Endereço:** Povoado Mangue Grande, pista 07, segunda travessa **Número:** 130 **Complemento:**

**CEP:** 49.360-000 **Bairro:** **Cidade:** BOQUIM **UF:** SE

**Proximidades:**

**Telefone:** 79 9 9962-7470

### HISTÓRICO

O noticiante relata que no dia e hora alhures estava indo para o trabalho, na Rodovia da Laranja, com uma motocicleta (modelo Honda/CG150 START, com placa QKT7572/SE, Chassi 9C2KC1670FR222290, ANO 2015, cor vermelha, documento em nome de Marcos Benigno Lima) estava em sua frente uma motocicleta CG Honda, de cor verde, em dado momento tal motocicleta entrou para a esquerda da Rodovia sem dar qualquer sinal de pisca alerta. E, como consequência adveio o choque entre as motocicletas. Ato contínuo, o noticiante foi levado para o Hospital de Estância. Após conseguiu ser atendido no HUSE por um ortopedista, tendo o médico dado relatório de que o noticiante sofrera fratura angular da espinha tibial do Joelho, tendo ainda, marcada cirurgia para o dia 15/08/2018. Pelo exposto, solicita o registro para dar andamento ao Seguro DPVAT.

### APREENSÕES

Nenhuma apreensão registrada.

### SUBTRAÇÕES

Nenhuma subtração registrada.

### PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

**Perícia:** IML

**Descrição:** lesão corporal

Responsável pela comunicação: MARCOS BENIGNO LIMA

Responsável pelo preenchimento: Mara de Jesus Lima

Data e hora da comunicação: 09/08/2018 às 15:23

Delegado(a):

Unidade Policial de Origem : DELEGACIA DE POLICIA DE BOQUIM

[Voltar](#)

SERVICE DESK : [dti.atendimento@ssp.se.gov.br](mailto:dti.atendimento@ssp.se.gov.br)  
DTI - Diretoria de Tecnologia da Informação  
Fones : **0800-2841900**  
Melhor Visualização em 1024 x 768 Pixels



**SECRETARIA DA  
SEGURANÇA  
PÚBLICA**

Desenvolvido pela



Adaptado e mantido pela



Diretoria de Tecnologia da Informação



# POLÍCIA CIVIL ON-LINE


[Menu](#) [Sair](#)

DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOQUIM  
Mara de Jesus Lima - AGENTE POLÍCIA JUD/LEI 7.874/14 | 07/8/2018 | 15:26:17

## Pesquisa

Relatório Policial de Ocorrência N. 2018/06531.8-000825 da  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOQUIM  
Relatório Policial da Ocorrência

### FATOS

Natureza: **Acidente de Trânsito**  
Data e Hora do Fato: 30/07/2018 - 07:30 até 30/07/2018 - 07:30

Endereço: Número: Complemento:  
Bairro: Povoado MANGUE GRANDE Cidade: BOQUIM - SE CEP: 49360000

Tipo de local: VIA PÚBLICA

Meio empregado: OUTRO

Valor: R\$ 0,00

Mais informações  
sobre o direito:

### VÍTIMA-NOTICIANTE

Veio ao plantão?

Nome: MARCOS BENIGNO LIMA  
Nome do pai: JOSÉ LUIZ SANTANA LIMA Nome da mãe: MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA  
Nome do filho: PESSOA FISICA CPF/CGC: 062-360.365-94 RG: 289879422 Órgão expedidor: SSP-SE  
Naturalidade: BOQUIM Data de nascimento: 10/05/1990 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda  
Profissão: Auxiliar Industrial Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo  
Endereço: Povoado Mangue Grande, pista 07, segundo trevessa, Número 130 Complemento:  
CEP: 49.360-000 Bairro: Cidade: BOQUIM UF: SE

Próximidade:

Telefone: 79 9 9962-7470

### HISTÓRICO

O noticiante relata que no dia e hora acima estavam indo para o trabalho, na Rua da Laranja, com uma motocicleta Honda CG150 START, com placa QKT7572/SE, Chassi 9C2KC1670FR222290, V.O 2015, cor vermelha, documento em nome de Marcos Benigno Lima) estava em sua frente um motociclista CG Honra, cor vermelha, sem dado momento tal motocicleta entrou para a esquerda da Rodovia SE-139, qualque sinal de perigo alerta. E, como consequência adveio o choque entre as motocicletas. Assim continuou o motociclista foi levado para o Hospital de Estância. Após conseguiu ser atendido no HUSE por um ortopedista, tendo o médico dado relatório de que o noticiante sofreu fratura angular da espinha tótil de Jochos. Tendo ainda, marcada cirurgia para o dia 19/08/2018. Neste exposto, solicita o registro para o atendimento a Seguro DP/AT.

### APREENSÕES

Nenhuma apreensão registrada.

### SUBTRAÇÕES

Nenhuma subtração registrada.

### PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: - I.

Descrição: lesão corporal

Responsável pela comunicação: MARCOS BENIGNO LIMA  
Responsável pelo preenchimento: Mara de Jesus Lima  
Data e hora da comunicação: 09/08/2018 às 15:23  
Delegado(s):  
Unidade Policial de Origem: DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOQUIM

Volto

SERVICE DESK: [dti.atendimento@ssp.se.gov.br](mailto:dti.atendimento@ssp.se.gov.br)  
DTI - Diretoria de Tecnologia da Informação  
Fones: 0800-2841900  
Melhor Visualização em 1024 x 768 Pixels



DEPARTAMENTO  
DE POLÍCIA  
CIVIL

SECRETARIA DA  
SEGURANÇA  
PÚBLICA

Desenvolvido pela  
CELEPAR

Adaptado e mantido pela  
DTI  
Departamento de Tecnologia da Informação

*L. Marcos Benigno Lima*

*Mara de Jesus Lima*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	062.360.365-94	Marcos Benigno Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	062.360.365-94	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
RECOLTA	TV RITA 70	130 0467		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	99360-000
MOV. RITA	DOURIN	SE	TEL. (DDD):	71 99606-9061
E-mail:				

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

**DADOS CADASTRAIS**
 RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 16.232 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs 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.

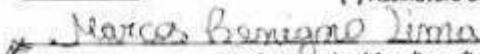
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: 000000 - 03 - 12 - 2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

No. DO BE: 390477

CNS:

DATA: 30/07/2018 HORA: 09:21 USUARIO: ARSANTOS  
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	MARCOS BENIGNO LIMA	DOC...	28987942
IDADE	22 ANOS	SEXO...	MASCULINO
ENDERECO	POVOADO MANGUE GRANDE	NUMERO:	130
COMPLEMENTO	704201797730482 BAIRRO: ZONA RURAL	UF: SE	CEP...: 49360-000
MUNICIPIO	BOQUIM	/MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA	TEL...: 79-99933-3
NOME PAI/MAE	JOSE LUIZ SANTANA LIMA	453	
RESPONSAVEL	O PAI		
PROCEDENCIA	BOQUIM-SE		
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE....:	NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	NAO
TRAUMA	NAO		

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Perdeu vitória de quando em dia, com dor no peito e no lado, cuso

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

radiografia. Nos exames fizemos  
no peito conseguem ver  
que pode - osteocondrose - fratura  
CID:

DIAGNOSTICO:

DOR OSTOGOMOSA

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Paracetamol 500mg, i.m.	③ Nitroglycerina + Nitroprussiato	05
② Decadron 10mg, i.m.	pl/cora.	10
Obs: 6h		

DATA DA SAIDA: 30/07/18  
ALTA:  DECISAO MEDICA  CAMPANHA GERAL  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :  
[ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Data Realizada: 30/07/18 Hs: 9:30

Técnico: F. Lima

Arthur S. F.  
Medico  
CRM-SE 5307

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS BENIGNO LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000010016232-0

---

Nr. da Autenticação BE32A958693B25D3



**SULGIPÉ**

NOSSA  
ENERGIA

0800-284-9909

MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA

TV PISTA 7 II, 130,  
POV PISTA - Boquim/SE - 49.360-000



Medidor: 1222351 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
09/2018	122	17/09/2018	33,45

**DA�OS CADASTRAIS**

CNPJ/CPF: 011.864.675-33  
Grupo: B Ligação: Monofásico  
Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 18356594463  
TSEEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002  
Tensão de Fornecimento (V): 127  
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133  
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME  
ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST  
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 005456

UTSTÁTICO DE CONSUMO

**DA�OS DE FATURAMENTO**

Apresentação	04/09/2018
Mês/Ano Faturamento	09/2018
Leitura atual	(04/09/2018) 169
Leitura anterior	(02/08/2018) 169
Próxima leitura	03/10/2018
Consumo Medido (kWh)	
Consumo Diário (kWh)	
Dias de Consumo	
Ocorrência do Mês	
Média kWh últimos 12 meses	

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

No. DO BE: 390477  
CNS:DATA: 30/07/2018 HORA: 09:21 USUARIO: ARSANTOS  
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: MARCOS BENIGNO LIMA  
 IDADE: 22 ANOS NASC: 18/05/1996  
 ENDERECO: Povoado MANGUE GRANDE  
 COMPLEMENTO: 704201797730482 BAIRRO: ZONA RURAL  
 MUNICIPIO: BOQUIM  
 NOME PAI/MAE: JOSE LUIZ SANTANA LIMA  
 RESPONSAVEL: O PAI  
 PROCEDENCIA: BOQUIM-SE  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC.: 28987942  
 SEXO: MASCULINO  
 NUMERO: 130  
 UF: SE CEP: 49360-000  
 /MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA  
 TEL.: 79-99933-3453  
 TRAUMA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Portaria vítima de quebra de braço, cunha  
 com dor em joelhos devido

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Realizou exame. Nas V. medias profunas  
 em joelhos consegue sentar  
 qd. pena - rotação - falar  
 CID:

DIAGNOSTICO:

DOR OSTGOMOUSUL

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Paracetamol 500mg, i.m.  
 ② Diclofenac 100mg, i.m. please.  
 Observar 1h

05  
 10

DATA DA SAIDA: 30/07/18

ALTA:  DECISAO MEDICA  CAMPANHA  
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :  
 [ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Até Realizado: 30/07/18 Hs: 9:30  
 Técnico: F. Lima

Arthur S. Fe.  
 Medico  
 CRM-SE 5347

ucixa:  Crônica  Aguda

## ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

História pregressa:  HAS  DM  Cardiopatia  Taubagismo  AVC  Epilepsia  Neoplasia  Outra:Acidente de trabalho:  sim  nãoGestante:  sim  nãoAlergia a medicamentos:  Nega  Não sabe  
informar  Sim:

Medicamentos em uso:

Ados vitais:

PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FV(mpm)	Glicemias (mg/dl)	SO <sub>2</sub> (%)	Nível de consciência (ECG):			Total
						Ocular	Verbal	Motora	

Consultório médico:

LÍNICO CIRURGIÃO PEDIATRA 

## RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO:

Classificação de Risco:

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Hora da Classificação:

Assinatura e carimbo do enfermeiro:

Validação médica do risco:

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

PRESCRIÇÃO/EVOLUÇÃO MÉDICA:

Hora da consulta médica \_\_\_\_\_:

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DATA HORA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

01/18 10:05 Adminternado profissional tampon da sfera oral, QSD, dilatador tampon da uretra sfera oral, QSD obs. feito das 02 medicinas em vez de sfera oral em vez da facente o paciente segue em observação por 1 hora. Valdeci Jesus  
COREN-SF 962747

01/18 12:30 paciente foi de volta para a sala por decisão médica. Erika Almeida Soárez  
Tec. de Enfermagem  
Coren-SF 962747

NOME DO PACIENTE: Marcos Benigno Lima  
DATA DA ENTRADA: 08/08/2018  
DATA DA SAÍDA: 08/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA ( ) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motociclistico, deu entrada no HSE apresentando edema no joelho direito e instabilidade do ligamento. Realizada punçao do joelho observando-se saida de sangue. Foi auxiliado solicitadas radiografias e exames pre-operatórios.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Mário M. Rocha - ORTOPEDISTA

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 13 de novembro de 2018

  
Selma T. da C.S. Monralvao  
Médica  
CRM 1532

Dr. *Alcides* NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DATA: 08/08/2018

1766324

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO DATA: 08/08/2018  
SETOR: 06-SUTURA HORA: 19:15 USUARIO: CSSOUZA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

.....: MARCOS BENIGNO LIMA DOC...:  
.....: 22 ANOS NASC: 18/05/1996 SEXO...: FEMININO  
.....: POV MAE GRANDE NUMERO:  
.....: 704201797730482 BAIRRO: ZONA RURAL  
.....: BOQUIM UF: SE CEP...: 49360-000  
.....: JOSE LUIZ SANTANA LIMA /MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA  
.....: O PROPRIO TEL...: 79-9996274  
.....: BOQUIM 70  
.....: REVISAO  
.....: NAO  
.....: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO  
.....: NABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]  
COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TO  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

TA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

CLINICOS:

*Glauco de 20mto. hui 03h com estorno  
D + mobilidad. hui (20mto - - -)*

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ENFERMAGEM:

CID: 571

ORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO

*1. 1 jull -0 00+0 - Oxig de 1000  
2. 2 Kapa de Espirre fibra com clor 500  
3. 1 jull (0) Catt. Vaginal 1000  
4. 1 jull -0 00+0 - Oxig de 1000*

SAIDA: 08/08/18 HORA DA SAIDA: :  
DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
PAC NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Dr. Alcides*

UNIDADE DE SAUDE: *Dr. Alcides*  
ATE 48HS [ ] APOS 48HS

HORA DA SAIDA: :  
[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

PA RA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

03.08.18  
15.30:50

NOME DO PACIENTE: Marcos Benigno Lima  
DATA DA ENTRADA: 15/08/2018  
DATA DA SAÍDA: 16/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA (X) UTI ( )  
HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente sofreu traumatismo no joelho após acidente motocicístico há quinze dias e deu entrada no H.S.P. para submeter-se a tratamento cirúrgico em 15/08/2018. O procedimento não teve intercorrências.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Tratamento cirúrgico de fratura no joelho direito

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames laboratoriais  
Radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Mario M. Rocha - CRM 3592  
Dr. Alexsandro Ferreira dos Santos - CRM 5505

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 13 de novembro de 2018

*felipe*

Selma T. da C.S. Monteiro  
Médica  
CRM 1532

## HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 15/08/2018 HORA: 06:49 USUARIO: ESBSANOS  
SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

MARCOS BENIGNO LIMA  
22 ANOS NASC: 18/05/1996  
POV MAE GRANDE  
704201797730482 BAIRRO: ZONA RURAL  
BCQUIM  
JOSE LUIZ SANTANA LIMA  
O PROPRIO  
BOQUIM  
CIRURGIAS ORTOPEDICAS  
NAO  
NAO PLANO DE SAUDE....: NAO  
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
TRAUMA: NAO

DOC...:  
SEXO...: FEM  
NUMERO:  
UF: SE CEP...: 49360-70  
/MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA  
TEL...: 79-9991-70

mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]  
COMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TO  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

EXPOSIÇÃO A DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

DO DA ENFERMAGEM:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIDA

DEMISSAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO HORA DA SAIDA: \_\_\_\_\_  
REMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA  
PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAUDE):  
ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. [ ]

NOME DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

.....: IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
.....: 75619  
.....: 0000000000000000  
.....: MARCOS BENIGNO LIMA  
.....:   
.....: Nascimento: 18/05/1996 Tipo :  
.....: FEMININO Idade: 22 anos  
.....: JOSE LUIZ SANTANA LIMA  
.....: MARIA DO CARMO BENIGNO LIMA  
.....: POV MAE GRANDE 704201797730482  
.....: ZONA RURAL Cep.: 49360-000  
.....: 79-999627470  
.....: 2800670 - - SE  
.....: BRASILEIRO  
.....: SERGipe

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO  
Paciente.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1769231  
.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA  
.....: 999.0540  
Internacao: 15/08/2018  
Entrada: 07:10  
Paciente: 968.348.895-15 - MARCIO MOURA ROCHA DOS SANTOS  
.....: NAO INFORMADO  
.....: NAO INFORMADO  
Operador.: ESBSANTOS

#### INFORMAÇÕES DE SAÍDA

卷之二

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

16/09/2018.

DIH

NOME: Maria Beija de

DIAGNÓSTICO(S): Fratura joelho D

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	18 24 06 12
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	18 24 06 12
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	18 24 06 12
6º. Nauseodron 8mg EV 08/08hs SOS	18 24 06 12
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	18 24 06 12
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	18 24 06 12
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	(Sangue)
12º. Clex 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	18 24 06 12
13º. Dextro 6/6hs SUSP	06
Insulina Regular SC, após o dextro.	
201 - 250: 02UI	301 - 350: 06UI
251 - 300: 04UI	351 - 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	
Curativos Diários 1 x dia	( x ) SF 0,9% + Gazes
16º SSVV 6/6hs	18 24 06 12
Até hospital - 16/09/17	

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente: Mrs. Benigna Página n  
Unidade de Produção: Leito Idade:  Sexo:   
Data: 16/08/18 Nº do Prontuário:

7 ortopedia

Paciente nascido de Maria, casado com Antônio, tem  
a cor de 45 do, é baixa e gorda. A paciente é de origem  
brasileira, tem 3 filhos. A paciente é casada  
e tem 3 filhos.

- consulta à SRP

A

7 ortopedia

16/08/18 O paciente apresenta instabilidade levemente  
extrema, e queria saber se é necessário  
- consulta 1º orientação  
2º Aliviador

Dr. Alessandro Ferreira dos Santos  
Membro CRM-SE 3505

16/08/2018 Serviço Social

Paciente no leito, recorda, traz  
que é orientado, encontra-se de alta  
hospitalar;

Conforme encontro com o universitário  
de Boqueirão, alta social com  
certo;

Paciente aguarda transporte no leito.

Ricardo de Souza Júnior  
ASSISTENTE SOCIAL  
CRESC 1000

HUSE

## BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE:

Márcos Domingos Lima, 22 anos

REGISTRO:

175019

UNIDADE:

MEDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

ANESTESIOLOGISTA

PRUEGÃO

CIRURGIA REALIZADA

DATA

Jairinho Porto

TÉCNICA ANESTÉSICA

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	ACESSO VENOSO	AUXILIAR	ASA
15 30 45	15 30 45	MS!	De Vibeira	1.

AGENTES MÁLAGA'S	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
97% 95% 95% 98%												
250												

CEO  
OUTROS

MONITORIZAÇÃO

MONITORIZAÇÃO	CONTEÚDO DE MONITORIZAÇÃO		
	PA NAO INVASIVA	PA INVASIVA	TEMPO DE MONITORIZAÇÃO
	<input checked="" type="checkbox"/>	PVC	
	<input checked="" type="checkbox"/>	TEMPERATURA	
	<input checked="" type="checkbox"/>	DIURESE	
	<input checked="" type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO	
	<input checked="" type="checkbox"/>	PAM	

1. ANESTÉSICO: Sufentanil 0,025mg IV  
 2. ANESTÉSICO: Midazolam 5mg IV  
 3. ANESTÉSICO: Fentanyl 30mcg IV  
 4. ANESTÉSICO: Ketamina 0,5g IV  
 5. Anestesia: Glicose 100g IV  
 6. Anestesia: Sedativo 200mg IV  
 7. Anestesia: Dexmedetomidina 10mcg IV  
 8. Anestesia: Fentanyl 250mcg IV  
 9. Anestesia: Etomidato 100mg IV

NOME:

1. Dose:

horas

2. Dose:

horas

3. Dose:

horas

EXCEPÇÃO PARA:

PACIENTES

X



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE  
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

paciente: Maria Braga

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fistula gástrica

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIA: Dr. Nelson Ribeiro

AUXILIARES: Dr. Weller / Dr. Alexandre

ANESTESIA: ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

CIRURGIA LIMPA  CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 CIRURGIA CONTAMINADA  CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?  SIM  NÃO

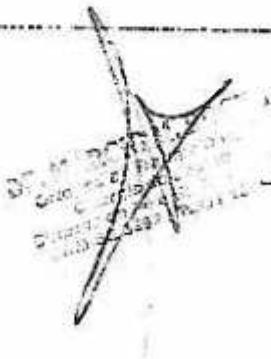
TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP.  PULMONAR  URINÁRIA  SNC  TGI  
 CUTÂNEO  AP. CARDIO-VASCULAR  PLEURA  OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Prato em ferolito dorsal, higienizado, selo seco.  
Foi inserido e colocado, com colarinho de 15 cm, esterilizado.  
Fazendo enrigescimento e gameteamento de 0,10.  
Ablare as artérias arterias de gástrica D, com direção  
para o fundo até o nível já existente da fenda da funda.  
Foi reduzido aberto com fio de Kirschner, selo plástico  
colocando a perfusão contínua e retirado fio de Kirschner  
e fuga exposta em SF 0,9%.  
Sutura por plástico.  
Foi aplicado imobilizante + óxido de ferro + fita gesso  
à S.R.P.A.

DATA: 15/03/13



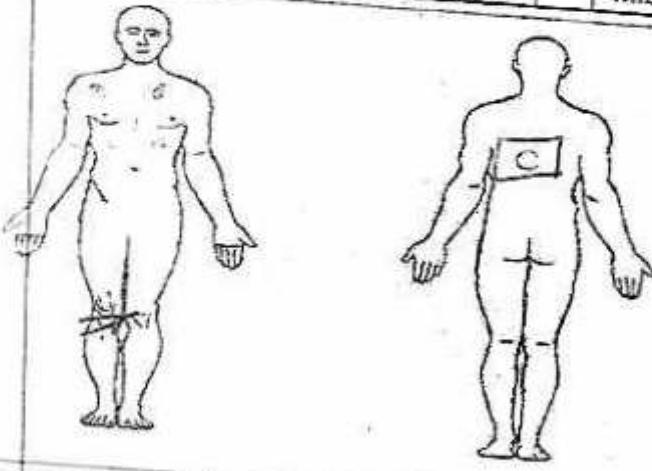
Assinatura do Cirurgião

# Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Marcos Henrique Lima	PRONTUÁRIO	1756-70
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe	DATA	05/08/18
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/>	SALA	03
CIRCULANTE	lacrado	AGITADO	COMATOSO
ENTRADA S.O.	08:35 h	INÍCIO DA ANESTESIA	09:35 h
SAÍDA DA S.O.	11:40 h	FIM DA ANESTESIA	11:20 h
CIRURGIÃO	Dr. Marcos Rech	1º AUXILIAR	Dr. Guilherme
ANESTESISTA	Dr. Cláudio	2º AUXILIAR	Dr. Vítor, 21
INSTRUMENTADOR		LATERALIDADE	( ) DIREITA ( ) ESQUERDA ( ) NA
CIRURGIA PROPOSTA	Abdômen - Técnica		
CIRURGIA REALIZADA			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL ( ) ORAL ( ) NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA	

ASSEPSIA					
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	PIC
OUTROS					

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS			BISTURI ELÉTRICO																							
CABEÇA	MSD	MSE	BIPOLE	MONOPOLAR																						
MIE		MID																								
			<table border="1"> <tr> <td colspan="3">PLACA BISTURI</td> </tr> <tr> <td colspan="3">  </td> </tr> <tr> <td colspan="3">LOCAL</td> </tr> <tr> <td>•</td> <td colspan="2">ELETRODOS</td> </tr> <tr> <td>#</td> <td colspan="2">INCISÃO CIRÚRGICA</td> </tr> <tr> <td>AVP</td> <td>D</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>AVC</td> <td>D</td> <td>E</td> </tr> </table>			PLACA BISTURI						LOCAL			•	ELETRODOS		#	INCISÃO CIRÚRGICA		AVP	D	E	AVC	D	E
PLACA BISTURI																										
																										
LOCAL																										
•	ELETRODOS																									
#	INCISÃO CIRÚRGICA																									
AVP	D	E																								
AVC	D	E																								
			<table border="1"> <tr> <td colspan="3">COMPRESSAS GRANDES</td> </tr> <tr> <td>ENTREGUE</td> <td>DEVOLVIDA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			COMPRESSAS GRANDES			ENTREGUE	DEVOLVIDA																
COMPRESSAS GRANDES																										
ENTREGUE	DEVOLVIDA																									
			<table border="1"> <tr> <td colspan="3">PEQUENAS</td> </tr> <tr> <td>ENTREGUE</td> <td>DEVOLVIDA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			PEQUENAS			ENTREGUE	DEVOLVIDA																
PEQUENAS																										
ENTREGUE	DEVOLVIDA																									
GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO (x)																										

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
POSIÇÃO DO PACIENTE						
ELABORADO PELOS ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES						

SONDAS - DRENOS - CÂNUAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO		Nº:	GUEDFI	Nº:
DRENOS	SUCÇÃO			Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
	ABDOMINAL			Nº		PIZZER	Nº		KHER	Nº
	BLAKE			Nº		OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:	
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE		Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:	
PASSADA POR						ANÁTOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS		
SINAIS VITais										
FC (BPM)										
SpO2 (%)										
EPCO2 (mmHg)										
PA (mmHg)										
PAI (mmHg)										
FR (RPM)										
TEMP (°C)										

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**ENCAMINADO PARA:**

# CLIMEF

Clinica Médica e Fisioterapia



## Atendimento Médico

Mulher para o check  
up, que o painel  
maine. Bem gosto de  
deve ser muito aberto  
de um atendimento  
de 10 (dez) horas  
durante 10 (dez)

sem

S 80

Dr. Paulo Cândido de Lima Jr.  
CRM: 1177

06/10/118

[www.climef.com](http://www.climef.com)

Paula Hauert  
Dr. Cândido  
Obstetrícia  
Dr. Amaro  
Ginecologia  
Dr. Wilson Luz  
Dermatologia Estética  
Dr. Silviano Valente  
Clínica Geral Endoscopia  
Dr. Karine Oliveira  
Endocrinologia e diabetes  
Dr. Isacely Carneiro  
Dr. Diogenes Freire  
Ortopedia  
Dr. Sérgio Cabral  
Dr. Paulo Cândido  
Radiologia Ultrassonografia  
Dr. Mateus Paulinelli  
Dr. Atílio Godinho  
Clínica Médica  
Dra. Fabiana Dória  
Dra. Ester Prata  
Gastroenterologia  
Dr. Alan Dave Souza  
Psicologia  
Dra. Daniela Oliveira  
Fonoaudiologia  
Dra. Gregorina Rocto  
Dra. Lucilene Santos  
Nutrição  
Dra. Isaura Carneiro  
Dra. Isabela Reis  
Odontologia  
Dra. Helônia Dias  
Urologia  
Dr. Lucas Meira  
Otorrinolaringologia  
Dr. Alex Carvalho  
Cirurgia Pediátrica  
Dr. Rodrigo Vassaneiros  
Neurologia  
Dr. Arthur Maynard  
Dr. Décio junior  
Psiquiatria  
Dra. Maria Izabel Silva

## Serviços:

Automotor de Análises Clínicas  
Bioimpedância  
Radiografia  
Mammografia  
Doppler de vasos  
Ultrassonografia  
Ecocardiograma  
M.A.P.A.  
Holter  
Videoendoscopia  
Videolaringoscopia  
Exame de Lâmina  
Eletrocardiograma  
Eletroencefalograma  
Teste Ergométrico  
Tomografia Computadorizada  
Audiometria



## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Marcos Bento Lira  
Alotérm Milw

Present com fratura de joelho D  
no dia 30/10/118 operado a T3 Cirurg  
no dia 11/11/118. Devo pro o' um  
tratamento com fisioterapia e mobiliza  
ção com auxílio de bengala ou triciclo. Gli  
si corrigir da atrofia no triciclo. Gli  
si licençar metade por um período de  
30 (trinta) dia.

PRO 578.

DR. MARCIA M. ROCHA  
Ortopedista  
Centro de Reabilitação  
CRM 1895  
CET 1023

DATA / /

05/03/13

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

Malagasy Lion  
01/09/18

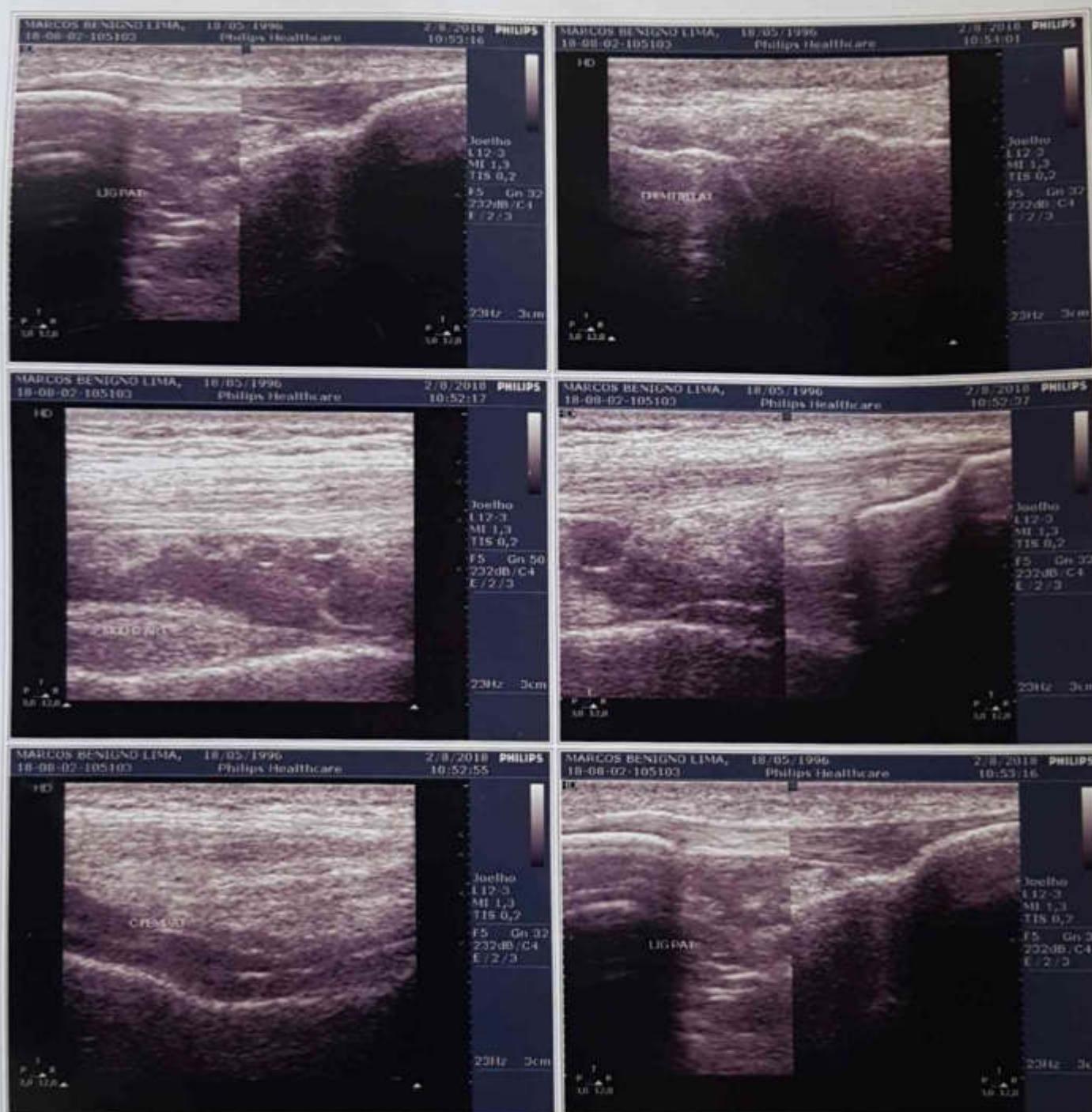
LUS

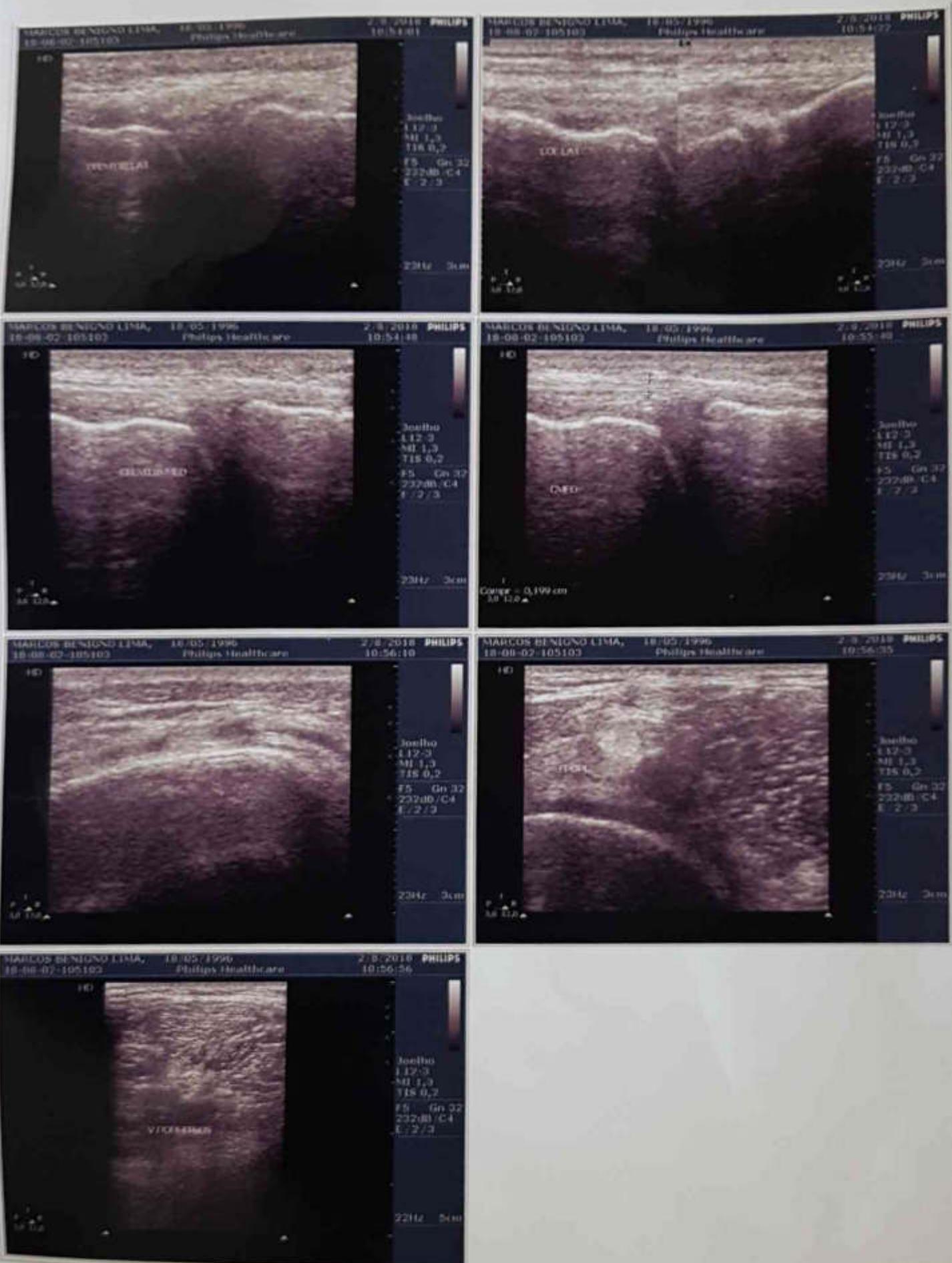


1205 LIMA



## Philips Healthcare



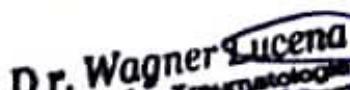


## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente, Marcos Benigno Lima, portador do CPF 06236036594 relata que foi vítima de acidente com veículo automotor no dia 15 de julho de 2018 na cidade de Boquim/SE, cursando com fratura de tibia proximal de joelho direito. Recebeu o primeiro atendimento no Hospital de Estância e submetido a tratamento cirúrgico com síntese metálica (placas e parafusos) no HUSE em Aracaju/SE.

Após alta médica definitiva, no exame físico e direto cursa com deformidade pela cicatriz cirúrgica, edema e atrofia muscular. Com limitação funcional discreta dos movimentos de extensão e flexão do joelho direito.

Portanto, apresenta perda funcional moderada do joelho direito.

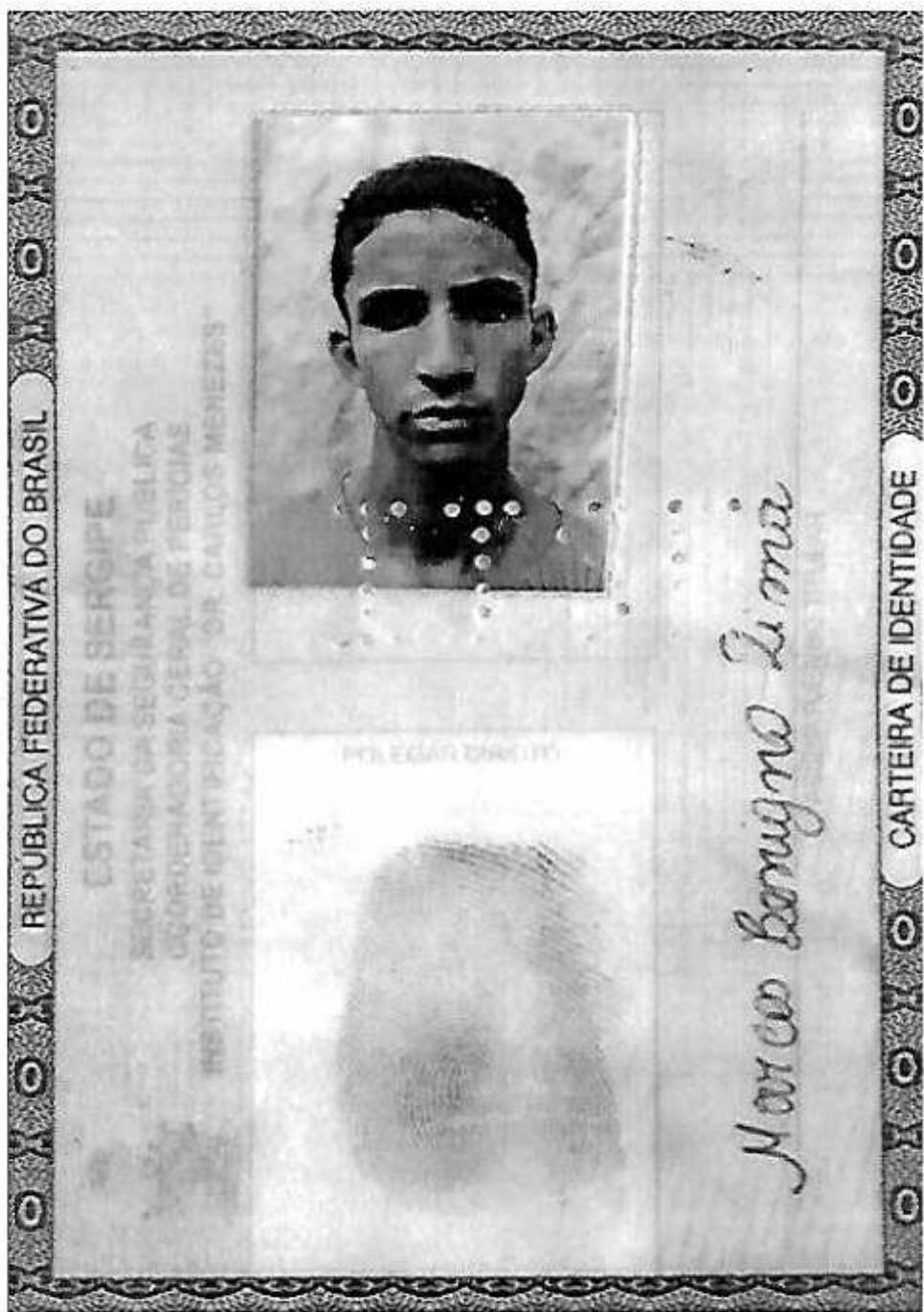
  
Dr. Wagner Lucena  
CRM-SE 4256  
CRM-SE 4256 CREMEB 28023

Lagarto, 08/01/2019

Lagarto,

de

de







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569157      **Cidade:** Boqueim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA      **Data do acidente:** 30/07/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA

Vitima: Marcos Benigno Lima  
Sinistro: 3180569157

Eu, Marcos Benigno Lima, portadora do CPF: 062.360.365-94, vítima de acidente de trânsito no dia 30/07/2018, com fratura na espinha tibial com seqüelas permanentes, venho por meio desta carta solicitar uma reanálise do meu processo de sinistro: 3180569157, por não concordar com o valor pago pela seguradora, onde o mesmo não condiz com grau de seqüela de minhas lesões.

Encaminho em anexo documentação médica que comprova a gravidade das minhas lesões, sendo assim solicito uma reavaliação do meu processo com agendamento de perícia para constatação das minhas seqüelas que são permanentes e incuráveis.

Endereço: Tv Pista 7, II, 130  
Boquim – SE  
Cep: 49360-000  
Telefone para contato: 079 99606-5061 ou 079 999627470

Boquim – SE, 29 de Janeiro /2019.

Marcos Benigno Lima  
Marcos Benigno Lima

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569157      **Cidade:** Boquim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA      **Data do acidente:** 30/07/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/12/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569157      **Cidade:** Boquim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA      **Data do acidente:** 30/07/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569157      **Cidade:** Boqueim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA      **Data do acidente:** 30/07/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569157  
**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Cidade:** Boquim  
**Data do acidente:** 30/07/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/12/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437378/18

**Número do Sinistro:** 3180569157

**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Data do acidente:** 30/07/2018

**CPF:** 062.360.365-94

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018  
Nome: MARCOS BENIGNO LIMA  
CPF: 062.360.365-94

MARCOS BENIGNO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437378/18

**Número do Sinistro:** 3180569157

**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Data do acidente:** 30/07/2018

**CPF:** 062.360.365-94

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 01/02/2019

Data do cadastramento: 01/02/2019

Nome: MARCOS BENIGNO LIMA

Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

CPF: 062.360.365-94

CPF: 011.995.625-05

---

MARCOS BENIGNO LIMA

---

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437378/18

**Vítima:** MARCOS BENIGNO LIMA

**CPF:** 062.360.365-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2018

**Titular do CPF:** MARCOS BENIGNO LIMA

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**MARCOS BENIGNO LIMA : 062.360.365-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018  
Nome: MARCOS BENIGNO LIMA  
CPF: 062.360.365-94

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

MARCOS BENIGNO LIMA

WILLIANS SANTOS DE FREITAS