

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARCONDES BARBOSA

Nº Sinistro: 3170605280

Vitima: JOSE MARCONDES BARBOSA

Data do Acidente: 07/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170605280**.

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 11968393



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARCONDES BARBOSA
Nº Sinistro: 3170605280
Vitima: JOSE MARCONDES BARBOSA
Data do Acidente: 07/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170605280**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCONDES BARBOSA

Nº Sinistro: 3170605280

Vitima: JOSE MARCONDES BARBOSA

Data do Acidente: 07/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170605280**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCONDES BARBOSA
Nº Sinistro: 3170605280
Vitima: JOSE MARCONDES BARBOSA
Data do Acidente: 07/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170605280**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE MARCONDES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3170605280**
Vitima: **JOSE MARCONDES BARBOSA**
Data do Acidente: **07/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170605280**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13553824





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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

098.098.314-02

José Hernandez Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>José Hernandez Barbosa</u>		CPF titular da conta <u>098.098.314-02</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua São Lucas</u>		Número <u>51N</u>	Complemento <u>Coos</u>
Bairro <u>conjunto do campo</u>	Cidade <u>Aracaju</u>	Estado <u>Alagoas</u>	CEP <u>58489-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>183</u> <u>981213514</u>	

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
 ☒ 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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
<u>Bradesco</u>		<u>237</u>	
AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
<u>5784</u>	<u>3</u>	<u>7160</u>	<u>3</u>
(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.



Aracaju 30 de Outubro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Mari Moncorde Barboza,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2792883 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 31/07/2017
 CPF 097098314-02 /CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mari Moncorde Barboza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 237 AGÊNCIA 5774-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 7180-3
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL AreiaDATA 30/10/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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: 317 0605 280 CPF da Vítima: 097.098.314-02 Nome completo da vítima: José Marcondes Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>José Marcondes Barbosa</u>		CPF titular da conta <u>097.098.314-02</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua São Lucas, SN, Conjunto do Campo</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Conjunto do Campo</u>	Cidade <u>Araxás</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58489-000</u>
Email			Telefone (DDD) <u>(83) 982141302</u>

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 ☒ 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco NRO. 237
 AGÊNCIA NRO. 5784 D/V 3 CONTA NRO. 4180 D/V 3
 (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.

Araxás - PB 22 de Janeiro de 2018

Local e Data



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

3170605280

CPF da Vítima

097.098.314-02

Nome completo da vítima

José Marcondes Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Marcondes Barbosa		CPF titular da conta 097.098.314-02	Profissão Agricultor
Endereço Rua São Lucas		Número 22	Complemento Casa
Bairro Conjunto do Campo	Cidade Aracaju	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) 83 982141302

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
 ☒ 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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
Bradesco		237	
AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
5784	3	7180	3
(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.



Aracaju - PB, 13 de Março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEMPRE ASSINE EM PRESENÇA DO ATENDENTE 093-20-84-2018 09:58 (P&M)

SEQUE0009 1.10ER OPENAT 0P3 20-Mar-2018 09:59 (1468)



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

Autorização de pagamento



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 3170605280	CPF da Vítima 097.098.314-02	Nome completo da vítima José Marcendes Barbosa
--	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Marcendes Barbosa (Beneficiário)		CPF titular da conta 097.098.314-02	Profissão Agricultor
Endereço Rua São Lucas, 1		Número 22	Complemento Rua
Bairro Conjunto do Campo	Cidade Aracaju	Estado PB	CEP
Email		Telefone (DDD) 800 83 0982141302	

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

- ☐ RECLUSO 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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 NRQ.	DV	CONTA NRQ.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todas os bancos)	
BANCO Nome	NRQ.
BraDESCO	
AGÊNCIA NRQ.	DV
5784	3
CONTA NRQ.	DV
4180	3
(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.

Aracaju, 25 de Junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE
Avenida José Pedro de Melo, nº - Centro - Aroeiras - 58489-000 - BB-3396-1279

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000159/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000159/16 registrada em 03/05/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de maio do ano de 2016, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AROEIRAS, quando encontrava-se presente a Bela, MARIA SILEIDE AZEVEDO, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:05 horas, compareceu o Sr. JOSÉ MARCONDES BARBOSA, com 36 anos de idade, filho de MANOEL PEDRO BARBOSA e SEVERINA TAVARES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AROEIRAS - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2792883, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09709831402, residindo à rua SÃO LUCAS, 22, bairro CONJUNTO DO CAMPO, na cidade de Aroeiras - PB.

Declarou que:

no dia 07 de abril de 2016, ai por volta das 08h:30min aproximadamente, quando conduzia sua MOTO HONDA NXR 150 BROS MIX ESD, DE COR PRETA, ANO E MODELO 2010, PLACA NPZ 4868, CHASSI 9C2KD0510AR030616, licenciada em nome de José Nilson Marinho da Silva, e na localidade do Sítio Carapebas, zona rural de Aroeiras/PB, ao entrar numa curva, percebeu que outra moto também vinha em sua direção e, não tendo condições de livrar-se, colidiu com dita moto. Que caiu ao solo ferindo-se gravemente, sendo socorrido pela SAMU da cidade de Aroeiras/PB, até o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB. Éo teor. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.



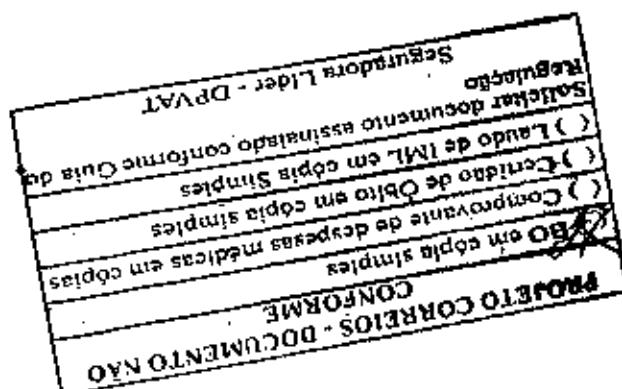
Aroeiras, Terça-feira, 3 de Maio de 2016

JOSÉ MARCONDES BARBOSA

Declarante

JORGE PIRES PIMENTEL JUNIOR

Escrivão



09-Maio-2016 11:22 251588 14

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, José Marciano Barbosa, portador da carteira de identidade nº 2792183 e inscrito no CPF/MF sob o nº 093.098.314-02, residente e domiciliado na Rua São Lucas, S/N, Conjunto Camp D, Cidade Jaraguá, Estado Paraná, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaraguá, 09 de outubro de 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT AC

09-10-2017 11:23:251594 1/1



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

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 especial, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Marcondes Barbosa

CPF da Vítima

097.098.319-02

Data do Acidente

07/09/2016.

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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 Lider 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.

Assinatura - PB 22 de fevereiro de 2016.

Local e Data



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

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

Jose Marciano Barbosa

CPF da Vítima

097.098.314-02

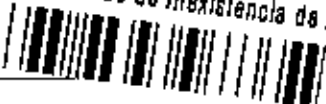
Data do Acidente

07/04/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Declaração da Inexistência de IML



CPF do Representante Legal

E-mail

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.



Manaus - PB, 13 de Março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGURO DPVAT - LIDER - Emissão: 2018-03-18 10:18:18

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

Declaração de Inexistência de IML



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

José Mancorides Barbosa

CPF da Vítima

097.098.314-02

Data do Acidente

07/04/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

Arouxan-23, 25 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO

EU, JOSÉ MARCONDES BARBOSA, PORTADOR DO CPF N° 097.098.314-02, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SÃO LUCAS, 22, CONJUNTO DO CAMPO, AROEIRAS-PB; DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O ACIDENTE OCORREU NO SÍTIO CARAPEBAS NO MUNICÍPIO DE AROEIRAS-PB, AFIRMO AINDA QUE NESTE MUNICÍPIO NÃO EXISTE INSTITUTO MÉDICO LEGAL – IML. QUE EXISTE UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB, HÁ 60 km DO MUNICÍPIO DE AROEIRAS-PB, MAS ESSE INSTITUTO NÃO REALIZA PERÍCIA PARA FINS DE DPVAT. INFORMO TAMBÉM QUE JÁ FORAM ENVIADOS TRÊS FORMULÁRIOS OBTIDOS DIRETAMENTE DO SITE DA SEGURADORA LÍDER, OU SEJA, NOS MOLDES EXIGIDOS POR ESTA, MAS ATÉ O MOMENTO NÃO FOI ACEITO. ADEMAIS, A CARTA ENVIADA POR ESTA SEGURADORA INFORMANDO QUE A “DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML NÃO CONCLUSIVO”, NÃO DEIXA CLARO O QUE A SEGURADORA REALMENTE QUER, UMA VEZ QUE AS DECLARAÇÕES ENVIADAS, REPITO, FORAM RETIRADAS DO PRÓPRIO SITE DA SEGURADORA LÍDER. NESTES TERMOS, ESPERO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA DECLARAÇÃO TENHAM SIDO CONCLUSIVAS PARA VOSSA SENHORIA.

AROERAS, 25 DE ABRIL, 2018.



JOSÉ MARCONDES BARBOSA

CPF N° 097.098.314-02

Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Nascimento, Casamento e Óbitos

ESTADO DA PARAIBA
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

SELMA SANTOS DE LIMA
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

NASCIMENTO Nº 9.206

O Oficial do Registro Civil de Nascimento, Casamento e Óbitos,
da cidade de Aroeiras Município da Comarca de Igual nome, do
Estado da Paraíba, abaixo assinado, na forma da Lei etc.

Certifico que às fls. 60V do livro A nº 10 de registro de nascimento, deste cartório
foi lavrado hoje o assentamento de JOSÉ MACONDES BARBOSA,
nascido em 04 de abril de mil novecentos e oitenta
(24 de 1980) às dez horas e em Aroeiras deste município.

filho de Paulino e Elis com 30 anos de idade
sendo avós paternos: Pedro Francisco Barbosa e Maria Leopoldina dos Prazeres
maternos: João Inácio Barbosa e Maria Tavares da Silva.

Foi declarante o próprio pai,
e serviram de testemunhas Teófilo Soares da Silva e José Francisco da Silva.

OBSERVAÇÕES — Isenta de selos esta certidão do talão, art. 31 do Regulamento Vigente de
Registros Públicos Lei Federal 6015 de 31-12-1973.

é verdade; dou fé.

AROEIRAS 02 DE agosto DE 1980

Selma Santos de Lima
Oficial do Registro Civil

CLAUDIA CELERINO GOMES
RUA SAQUILAS, SM - C/DO CAMPO
ARDEATAS/PB CEP 582000 (AG 108)

CASSACRUZ/RS - RESIDENCIAL / HANGAR HETAN MONDASSILLO
Rozário, 1 - 108 - 15 - 4100
Hmedador 00001184022
Referência Abr/2016
Emprego 04/04/2016

ENERGISA PARANÁ - RESIDENCIAL/RS - HANGAR HETAN MONDASSILLO
Rozário, 1 - 108 - 15 - 4100
Hmedador 00001184022
Referência Abr/2016
Emprego 04/04/2016

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 01045634
Código para Débito Automático: 00013200364

Ampliação ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1230036-4**

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

04/04/2016

Data prevista da próxima leitura

04/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

2081507456
RTE EXL
Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATE
O DIA 30/03/2016 PAGAS
OBRIGATORIAMENTE

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/16	80
Fev/16	71
Jan/16	67
Dez/15	88
Nov/15	73
Out/15	83
Set/15	88
Ago/15	88
Jul/15	88
Jun/15	88
Mai/15	84
Abr/15	68

Mais dos últimos meses
74 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/03/16	Letura 5732	Data 04/04/16	Letura 5921	
				31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30/03/16	30	0,14633	4,39
Consumo - 31 a 1000 kWh	58	0,24784	14,37
Adc. B. Amarelo			0,59
Sa. Ant. 10			18,83
ICMS			13,35
PIB			0,30
COFINS			1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. P.UBICA			0,59
JUROS DE MOROSIDADE			0,14
MULTA 03/2016			0,88
Devolução Subsídio			-18,83

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,40	25,00	13,35
PIB	53,40	0,5700	0,30
COFINS	53,40	2,6100	1,39

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11/04/2016 R\$ 35,98

91dc.e7f6.4596.a8c1.ea3c.052d.fb27.d8d8.

Indicadores de Qualidade

Unidades da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	8,20	0,00
DC TRIMESTRAL	12,30	
DC ANUAL	24,80	
DC MENSAL	3,30	
DC TRIMESTRAL PM	8,87	
DC ANUAL	13,85	
DC MENSAL	3,30	
DC TRIMESTRAL	12,32	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M da Empresa	14,19	25,87
Custos de Energia	18,59	33,80
Serviços de Transmissão	1,11	2,03
Encargos Setoriais	4,40	8,18
Impostos Diretos e Encargos	18,45	30,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	54,81	100,00

Valor em R\$ (Ref. 1/2016) R\$ 9,20

ATENÇÃO

- Para obter informações detalhadas sobre o serviço, consulte o site www.energisa.com.br
- Leitura confirmada

SEMPRE EM LÍNEA

08-MAR-2017 11:22 251589 1/1

Comprovante de residência

APR 1964

100

Acesso: www.ejef.org.br

CPF/CNPJ/RANT
5061567455
TSC nº=

5/1230036-4

- Trazendo o melhor do mundo para o Brasil - TSEE faz compra pelo Leilão nº 0138 de 20 de Junho de 2002 -

- Comendando sua energia através também nos melhores Estações produtoras de tecnologia clean-energy e para transferir (gerenciado) sua energia para dar de grande benefícios entre outros potenciais

CTA Cálculo de Círculo de Bern	TOTAL:	41,40	53,38	72,34	53,28	9,66	7,54
Média Outros							

TOTAL A PAGAR
R\$ 43,43

09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

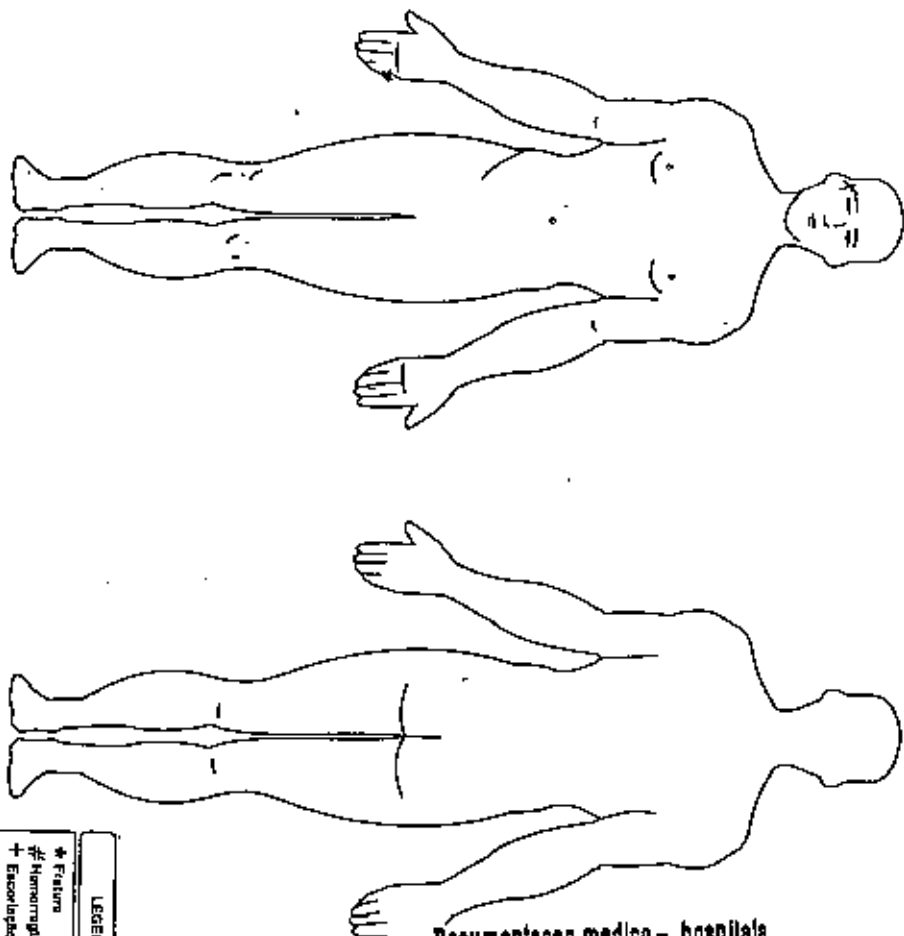
Indicadores de Qualidade: 1997-2002

Determinações	Valor (R\$)	%
Serviços de Des. do Empreendimento	8,45	15,78
Consumo de Energia	6,12	11,65
Serviços de Transmissão	1,25	2,42
Procedimentos Gerais	1,09	4,37
Serviços de Aluguel e Serviços	25,53	50,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	42,43	100,00

Valor de R\$ 250 (duzentos e cinquenta reais)

3.1.3. Futuras em atraso:

ATENÇÃO
- Sua unidade foi fabricada para Dr. Osvaldo Cruz, sendo, em decorrência de tal fato,



Documentação médica - hospitalar



ESCALA DE COMA GLASGOW			
ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA	
Abre os olhos espontaneamente	Abre os olhos espontaneamente	4	4
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	3
Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2	2
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1	1
Comando	Comando	6	6
Orientado	Orientado	5	5
Resposta Verbal	Resposta Verbal	4	4
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	3	3
Orientado a Lugar	Orientado a Lugar	2	2
Orientado a Tempo	Orientado a Tempo	1	1
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	4	4
Orientado a Lugar	Orientado a Lugar	3	3
Orientado a Tempo	Orientado a Tempo	2	2
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	1	1

ESCALA DE COMA GLASGOW			
MEIORES DE 5 ANOS	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA	
Abre os olhos espontaneamente	Abre os olhos espontaneamente	4	4
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	3
Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2	2
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1	1
Comando	Comando	6	6
Orientado	Orientado	5	5
Resposta Verbal	Resposta Verbal	4	4
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	3	3
Orientado a Lugar	Orientado a Lugar	2	2
Orientado a Tempo	Orientado a Tempo	1	1
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	4	4
Orientado a Lugar	Orientado a Lugar	3	3
Orientado a Tempo	Orientado a Tempo	2	2
Orientado a Pessoa	Orientado a Pessoa	1	1

LEGENDA

- + Fratura
 + Hemorragia
 + Escoriação
 + Laceração
 Δ Ferimento Perfurante

09-10-2011 11:22 251593 1/1 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
 REGISTRO DE CHAMADAS
 SAMU 192 SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
 Arocinhas - PB

CHAMADA TELEFONISTA
 Nº 192
 Motivo: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO ☐ OUTRO* (Indicar em que caso)*
 Solicitante: USO 49 Telefone: 3433 2005
 Município de origem: TRAIS DE ALZES

PACIENTE (Tec. Em Regulação)
 Nome Completo: JOSE MARCONDES ARAUJO
 Endereço: Av. São Lucas, 200 - Centro de São Paulo
 Nº do Documento: 525.406.3016-4618-4180
 Nº do Cartão de SUS: 36.192.833.8881
 Data de Nascimento: 01/01/1950
 Sexo: M

SOCORRO (Tec. Em Regulação)
 Tipo: ☒ Traumático ☐ Caso Clínico ☐ Obstétrico
 Queixa do Solicitante: RAIÇÃO MOTIVADA
 Observações: 01
 Usar Bandagem: ☐

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Método Regulação)
 ESTADO DE CONSCIÊNCIA: ☐ Normal ☐ Alterado
 Respiração: ☐ Normal ☐ Anormal
 Pulso: ☐ Normal ☐ Anormal
 SANGRAMENTO: ☐ Nenhum ☐ Pequeno ☐ Médio ☐ Grande
 DOR AGUDA: ☐ Não ☐ Sim

ATRIBUÍDO DE PARTO
 1. ☐ Não Sabido
 2. ☐ Não Sabido
 3. ☐ Não Sabido

TRAUMA
 1. ☐ Não Sabido
 2. ☐ Não Sabido
 3. ☐ Não Sabido

GRAVIDADE PRESUMIDA
 1. ☐ Não Sabido
 2. ☐ Não Sabido
 3. ☐ Não Sabido

TRANSPORTE UTILIZADO
 EQUIPE: ☐ CPMV ☐ CPMV ☐ CPMV
 1. ☐ Não Sabido
 2. ☐ Não Sabido
 3. ☐ Não Sabido

INCIDENTE: ☐ Não Sabido
 1. ☐ Não Sabido
 2. ☐ Não Sabido
 3. ☐ Não Sabido

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO: CNPJ: 08.778.268/0001-60
Código da Unidade: 00023571

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARABÁ UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE MARCONES BARROSA Sexo: ☐ M ☐ F
Profissão: AGRICULTOR 16025127-5 Documento: 706301676164
Endereço: RUA SÃO LUCAS, BARRA CEN
Município: AROEFAS Estado: CEARÁ CEP: 25013-
Data de Nascimento: 02/04/2016 Data de Atendimento: 24/04/2016

RACIA/COR

() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARD
() 4 - AMARELA () 5 - INDIGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Alcance de gestos e movimentos: Bom
A: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 - 1906 - 1907 - 1908 - 1909 - 1910 - 1911 - 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918 - 1919 - 1920 - 1921 - 1922 - 1923 - 1924 - 1925 - 1926 - 1927 - 1928 - 1929 - 1930 - 1931 - 1932 - 1933 - 1934 - 1935 - 1936 - 1937 - 1938 - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 -



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): José Marciano

Barbosa

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE

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

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 3225 NO CID, DURANTE

O PERÍODO DE 07/09/16 A 22/09/16 NECESSITANDO DE

30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

CIRURGIA DE AFASTAMENTO NESTA
BUCA DO PACIENTE PRO-103

Campina Grande, 22/09/2016

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 006

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
João Marcelo de Barros			
Data da Operação	Enf.	Leito	
07/04/16			
Operador: Dr. Vitor Vitorino		1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Apendicite de Crânio			
Tipo de Operação			
Tratamento Cirúrgico de Apendicite de Crânio			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) Paciente em RPA com cabeça reclinada para esquerda.
2) Incisão, dissecção, amarração e coagulação.
3) Incisão para a laparoscopia em posição subumbilical p/ entrada.
4) Identificação apendicite de crânio - Ressecção cistocólica.
5) Hemostasia local.
6) Amarração final.
7) Lavagem da cavidade com solução fisiológica.
8) Fechamento da pele.
9) Curativos e analgesia.
10) Exame final pelo RPA.

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jose Manoel de Souza		
End:	São Lucas	Bairro:	Arceburgo
Data de Nascimento:	24.04.1980	Documento de Identificação:	
Queixa:	de	Data do Atendimento:	07.04.16
		Hora:	12:10
Acidente de trabalho?	+ () Sim () Não		

MOB

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Doseagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Coambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MSD. 110

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

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

lingua

Assinatura e carimbo do profissional

Paciente:	JOSE MARCONDES BARBOSA	Prescrição Médica	RPA-01-NCR	2 - 2	EVOLUÇÃO MÉDICA
08/04/2016	DIETA LIVRE				POS CP TCE/AFUNDAMENTO DO OSUANO (07.DW2016)
	SF 0.9% + 2000ml EV nas 24h				
	Dipirona 30ml + AD EV 8/8h				
	Nausecton 30mg + AD EV 8/8h				
	Omeprazol 40mg VO 1 X MANHÃ JEJUNO				
	Calciocepi 25 mg VO 2x ao dia				
	Fisiodol 100mg + SF 0.9% 1000ml EV 8/8h				
	TILATIL 40mg EV 12/12h				
07/04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h				
	CURATIVO				
	DE 30°				
	SSVV CCGG				

Saul C. M. Quintano
CRN-PR-77
Neurociencias
C-41, 02925014-00

Paciente: JOSE MARCONDES BARBOSA	Prescrição Médica	Evolução Médica
DIETA LIVRE ALIMENTAR		
SF 50% 1500ml IV 24h		
Cefazolina 1g IV 8ch.		
Cimetidina 40mg 1 amp + sdd 10 ml IV 12h		
Epihepa 2ml (1g/ml) + cdb 10 ml IV 8ch 3 x		
MANUTENÇÃO POUADA 08 DIA NO OLHO D		
ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM A BNF		
MANUTENÇÃO COLÍRIO DE 1% 1 GOTAS OLHO D		
manutenção diclofenaco		
Cusativa		
Cefotaxima 1000mg + SF 50% 2500ml IV 12/12h		
LUBRIFICAR OLHO D COM SF		
Cusativa		

11-2-24

25

P. A. 340 X 90



00:00

12-04-16

PA-150100

$$\sigma_C = \sigma$$

१२

7-367

Turdus vulgaris purpureus 18

no. 15E
Kamido Kelly

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Nascimento Barbosa	Alojamento	2-2	Leito		Convênio	
Data	15/06/14	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
		1) Dita Livre		# 8 - DIM / 8:00 Apnd. Ubrno			
		2) S.F. 0,27 1500ml EV nos 24h	5:30	# Enal. completo diagnóstico			
		3) Hidratação com 600ml (150-20) EV 24h	14:30	Paciente malha interna			
		4) Diurético 1g (150-20) EV 6h	14:30	sem queixas de dor ou desconforto			
		5) Ceftriaxona 1000mg (150-20) EV 12h	18:00	sintoma, C.G. melhorado			
		6) Dexametasona 4mg (150-20) EV 12h	18:00	Ex. físico: sem sinais de febre			
		7) Moxifloxacina 400mg (150-20) EV 12h	18:00	C.G. apertado, sem sinais de febre			
		8) Insuficiência 00 1/2 50-20h	18:00	TC: Fractura cominutiva			
		9) Ceftriaxona 1g		diagnóstico diagnóstico			
		10) SSVU		Ex. físico: sem sinais de febre			
		11) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		12) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		13) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		14) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		15) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		16) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		17) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		18) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		19) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		20) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		21) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		22) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		23) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		24) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		25) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		26) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		27) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		28) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		29) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		30) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		31) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		32) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		33) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		34) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		35) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		36) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		37) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		38) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		39) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		40) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		41) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		42) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		43) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		44) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		45) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		46) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		47) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		48) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		49) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		50) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		51) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		52) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		53) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		54) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		55) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		56) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		57) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		58) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		59) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		60) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		61) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		62) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		63) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		64) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		65) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		66) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		67) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		68) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		69) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		70) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		71) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		72) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		73) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		74) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		75) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		76) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		77) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		78) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		79) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		80) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		81) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		82) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		83) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		84) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		85) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		86) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		87) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		88) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		89) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		90) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		91) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		92) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		93) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		94) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		95) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		96) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		97) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		98) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		99) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			
		100) Dita Livre		Ex. físico: sem sinais de febre			

Data	Hora	T	F	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16-04-16 08h30								
16-04-16 09h30								
16-04-16 10h30								
16-04-16 11h30								
16-04-16 12h30								
16-04-16 13h30								
16-04-16 14h30								
16-04-16 15h30								
16-04-16 16h30								
16-04-16 17h30								
16-04-16 18h30								
16-04-16 19h30								
16-04-16 20h30								
16-04-16 21h30								
16-04-16 22h30								
16-04-16 23h30								
16-04-16	08h30	36.2	78	18	140/80	+++	Paciente consciente, orientada, sem queixas, sequel aos cuidados da enfermagem, medicado conforme prescrição médica. Em farmácia.	
16-04-16 09h30								
16-04-16 10h30								
16-04-16 11h30								
16-04-16 12h30								
16-04-16 13h30								
16-04-16 14h30								
16-04-16 15h30								
16-04-16 16h30								
16-04-16 17h30								
16-04-16 18h30								
16-04-16 19h30								
16-04-16 20h30								
16-04-16 21h30								
16-04-16 22h30								
16-04-16 23h30								
16-04-16	20h30				140/80			
16-04-16 21h30								
16-04-16 22h30								
16-04-16 23h30								

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO			
Paciente	Idj. Marcondes Barbosa.	Alojamento	02
		Leito	02
		Convênio	
OK1 OK1 Ext. Completa gerontologia 01			

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/01/14	① Dieta líquida	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
11/01/14	② SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
12/01/14	③ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
13/01/14	④ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
14/01/14	⑤ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
15/01/14	⑥ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
16/01/14	⑦ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
17/01/14	⑧ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
18/01/14	⑨ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
19/01/14	⑩ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
20/01/14	⑪ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
21/01/14	⑫ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
22/01/14	⑬ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
23/01/14	⑭ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
24/01/14	⑮ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
25/01/14	⑯ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
26/01/14	⑰ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
27/01/14	⑱ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
28/01/14	⑲ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
29/01/14	⑳ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.
30/01/14	㉑ SE 0,97 150ml EV 24h	7h00	paciente no 3.º andar / 9.º andar, com sintomas de desidratação, com febre, com 38,5°C.

August R. Cappelletti Jr.
Ernesto B. Cappelletti
CRB 3/18

Yosrael R. Calacande Jr.
Grasshopper, New Mexico

Diagnóstico

1ª. de 1º. grau
2ª. de 2º. grau

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOSE MACIELS RABONA Leito: 2 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/12/16	QUE HA RASTRO DA		
13/12/16	SE 08/1500g N	12/18/16	Boa
14/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Par a. evolutiva
15/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
16/12/16	CE TO R 10/100 100g N 12/11/16	12/18/16	Boa
17/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
18/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
19/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
20/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
21/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
22/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
23/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
24/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
25/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
26/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
27/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
28/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
29/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
30/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
31/12/16	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
01/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
02/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
03/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
04/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
05/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
06/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
07/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
08/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
09/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
10/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
11/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
12/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
13/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
14/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
15/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
16/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
17/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
18/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
19/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
20/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
21/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
22/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
23/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
24/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
25/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
26/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
27/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
28/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
29/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
30/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
31/01/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
01/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
02/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
03/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
04/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
05/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
06/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
07/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
08/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
09/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
10/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
11/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
12/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
13/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
14/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
15/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
16/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
17/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
18/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
19/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
20/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
21/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
22/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
23/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
24/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
25/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
26/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
27/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
28/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
29/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
30/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa
31/02/17	Quem a criança 600g N 8/100	12/18/16	Boa

Faut. Compleso Zangachio (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Alex Van Anderson

Alojamento

2

Leito

2

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

17/04/16	1) Dita Paróquia				# 08.15.11
	2) SF 0,91 1500ml EV				30° DPO (Fase de Aguardar)
	3) Clonazepam 3mg EV + 8ml AD 6/6h				Prontidão de Aguardar em 15° de queda
	4) Paracetamol 40mg EV 12/12h				Ag. de 15° de queda - aguardar prontidão de Aguardar
	5) Paracetamol 40mg EV 12/12h				em prontidão de Aguardar de Aguardar de Aguardar
	6) Paracetamol 40mg EV 12/12h				+ 15° de queda de Aguardar de Aguardar
	7) Paracetamol 40mg EV 12/12h				CD: 1) Aguardar de Aguardar de Aguardar
	8) Paracetamol 40mg EV 12/12h				URE - para - prontidão de Aguardar
	9) Paracetamol 40mg EV 12/12h				Ortopedia - para - prontidão de Aguardar
	10) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	11) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	12) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	13) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	14) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	15) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	16) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	17) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	18) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	19) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	20) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	21) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	22) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	23) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	24) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	25) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	26) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	27) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	28) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	29) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	30) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	31) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	32) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	33) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	34) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	35) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	36) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	37) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	38) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	39) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	40) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	41) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	42) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	43) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	44) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	45) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	46) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	47) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	48) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	49) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	50) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	51) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	52) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	53) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	54) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	55) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	56) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	57) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	58) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	59) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	60) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	61) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	62) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	63) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	64) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	65) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	66) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	67) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	68) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	69) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	70) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	71) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	72) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	73) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	74) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	75) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	76) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	77) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	78) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	79) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	80) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	81) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	82) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	83) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	84) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	85) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	86) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	87) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	88) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	89) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	90) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	91) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	92) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	93) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	94) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	95) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	96) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	97) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	98) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	99) Paracetamol 40mg EV 12/12h				
	100) Paracetamol 40mg EV 12/12h				

Dr. Marco Wagner de S. Melo
19 APR 2016 14:19
19 APR 2016 14:19

[illegible]

Diagnóstico

Fratura do Composto

Ergonômico (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Jose Macedos Bastos	Alojamento	Mensal	Leito	2-2	Convênio	
Data	20/11/11	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
	10/11/11	20 to 1000ml R 12h	24h	Buf. 12:00h			
	11/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Exclu bon. 5/4 horas			
	12/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Aguarda Pancreolipase			
	13/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Clonidina			
	14/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Procedimento Cirurgico pendente			
	15/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Exames em			
	16/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h	Procedimento Cirurgico realizado			
	17/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	18/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	19/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	20/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	21/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	22/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	23/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	24/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	25/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	26/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	27/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	28/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	29/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	30/11/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	01/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	02/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	03/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	04/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	05/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	06/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	07/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	08/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	09/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	10/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	11/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	12/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	13/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	14/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	15/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	16/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	17/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	18/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	19/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	20/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	21/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	22/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	23/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	24/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	25/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	26/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	27/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	28/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	29/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	30/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	31/12/11	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	01/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	02/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	03/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	04/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	05/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	06/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	07/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	08/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	09/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	10/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	11/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	12/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	13/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	14/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	15/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	16/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	17/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	18/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	19/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	20/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	21/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	22/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	23/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	24/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	25/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	26/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	27/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	28/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	29/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	30/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	31/01/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	01/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	02/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	03/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	04/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	05/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	06/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	07/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	08/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	09/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	10/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	11/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	12/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	13/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	14/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	15/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	16/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	17/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	18/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	19/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	20/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	21/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	22/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	23/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	24/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	25/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	26/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	27/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	28/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	29/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	30/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				
	31/02/12	Dipirona 2ml 4 ad ev 5/6h SN	24h				

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Jose Manoel da Rocha

Alcômodo: 2 Leito: 2 Convênio: 2

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21	1) Dor de cabeça		Passagem de medicação a
24	2) Dor de cabeça		medicação de 100mg de
16	3) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	4) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	5) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	6) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	7) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	8) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	9) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	10) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	11) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	12) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	13) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	14) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	15) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	16) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	17) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	18) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	19) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	20) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	21) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	22) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	23) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	24) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	25) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	26) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	27) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	28) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	29) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg
	30) Dor de cabeça	SAH (22:30)	100mg de 50mg de 100mg

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE MARIANO BARBOSA
 Loc. Nasc. PARANÁ Est. PR Data 04/1980
 Filiação Mãe: PEDRO BARBOSA F. SEVERINA
AV. DA S. LUIZ
 Doc. Nº CEST Nº 00024-93 PR

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1 / 1 / 1 Doc. Ident. Nº 1
 Exp. em 1 / 1 / 1 Estado PR
 Obs. DET. HUGO LUIS - PR
 Data Emissão 02/02/11

Assinatura do Policial



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

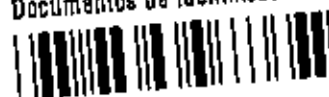
Número 93349 Série 00024-93



ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	2792883	DATA DE EXPEDIÇÃO	31 JUL 2004
NOME		ESTADO DA PARAIBA	
JOSE MARCONDES BARBOSA		SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
FILIAÇÃO		INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
Manoel Pedro Barbosa		DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
Severina Tavares da Silva		DI-P23	
NATURALIDADE	Arcoíras-PB	24.04.1980	
DOC ORIGEM		DATA DE NASCIMENTO	
Cert. Nasc, Nº9.296.Fls, 60v. Liv			
A-10			
CPF			
Jóbo Pessoa - PB			
ASSINATURA DO DIRETOR		ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.015 DE 28.05.83		NÃO ALFABETIZADO	
CARTeira de Identidade		CARTeira de Identidade	

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011545867695

15578878545

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20151900004071-6

VIA
1

COD. RENAVAM
0023015879-0

RNTRC
00/00000000

JOSE NILSON MARINHO DE SILVA
RUA BELARMINO NOGUEIRA SN CASA
ZONA RURAL
58405000 GADO BRAVO-PB

CNPJ
03687042464

PLAC
NPZ4868/PB

NOME ANTERIOR
EVANDRO SILVA CAVALCANTI

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD0510AR030616

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NXR150BROS MLX ESD

ANO PAS ANO MOD.
2010 2010

CAP/POT/CIL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N-Motor : KD05E1A030616

0

LOCAL
GADO BRAVO-PB

14346



DATA
16/06/2015

31054

DUT



SESSÃO LIDER PMAT AC

09-JUN-2017 11:24 251616 1/1

42
3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **011545867695**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **0023015879-0** ENTRC **00/00000000** EXERCÍCIO **2014**

NOME **JOSE NILSON MARINHO DE SILVA**

RENCH **03687042464** PLACA **NPZ4868/PB**

PLACA ANT./UF **NOVO PB** CHASSI **9C2KD0510AR030616**

ESPECIE TIPO **CAR/MOTOCICLETA/ATV** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO **HONDA/NXR150BROS MIX ESD** ANO FAB **2010** ANO MOD **2010**

CAP/POT/CIL **2 P/149 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

I P V A	COTA ÚNICA	IPVA PAGO EM	VENC. COTA ÚNICA	1º	VENC./COTAS
	FAIXA IPVA	*****	0	2º	
	PARCELAMENTO/COTAS	0	3º		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) **SEGURO** PRÊMIO TOTAL (R\$) **P A G O** DATA DE PAGAMENTO **30/05/2014**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OPERAÇÕES **0**

CAD. BRAVO - PB LOCAL **14346** DATA **16/06/2015**

31054

SENAR008 LIBER. DEPART. AC.

09-NOV-2017 11:24 251617 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439873/17
Vítima: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF: 097.098.314-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/04/2016
Titular do CPF: JOSE MARCONDES BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE MARCONDES BARBOSA : 097.098.314-02
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2017
Nome: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF/CNPJ: 097.098.314-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2017
Nome: ANDERSON DE OLIVEIRA SALA
CPF: 071.418.347-45

JOSE MARCONDES BARBOSA

ANDERSON DE OLIVEIRA SALA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO-DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ypocrite Marcondes Barbosa
DATA DO ACIDENTE 07/04/2016 CPF DA VÍTIMA 097.098.314-02
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ypocrite Marcondes Barbosa
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Portador () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Lucas
Nº 511 COMPLEMENTO lagoa BAIRRO Conj. Lapa
CIDADE Aracaju UF SE CEP 58489-000
E-MAIL 0006570@carreleira.com.br TELEFONE (83) 9882 1413 02

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA 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)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES 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.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/10/2017

IDENTIDADE 2792883

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA

20/10/17 MATR. CORREIOS 8478953

NOME Gustavo de O. Melo

ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Maccondes Barbosa
 DATA DO ACIDENTE 07/04/2016 CPF DA VÍTIMA 097.097.314-02
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Mar Maccondes Barbosa
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR --- VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ---
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Lucas
 Nº 514 COMPLEMENTO lateral BAIRRO Long. Campo
 CIDADE Aracaju UF SE CEP 55499-000
 E-MAIL 06522@consato.com.br TELEFONE (83) 982441302

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA 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)
 () LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL 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 AUTENTICADA 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)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES 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.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/10/2017IDENTIDADE 232982

ASSINATURA

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/10/17 MATR. CORREIOS ---NOME Gustavo D. M. Melo

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439873/17
Vítima: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF: 097.098.314-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/04/2016
Titular do CPF: JOSE MARCONDES BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de Identificação

Outros

Outros



JOSE MARCONDES BARBOSA : 097.098.314-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/01/2018
Nome: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF: 097.098.314-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

JOSE MARCONDES BARBOSA

Alexandre Tavares Belfort

→ Nº do Sinistro

3170605280

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439873/17
Vítima: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF: 097.098.314-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/04/2016
Titular do CPF: JOSE MARCONDES BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Outros

Outros



JOSE MARCONDES BARBOSA : 097.098.314-02
Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 20/03/2018
Nome: JOSE MARCONDES BARBOSA
CPF: 097.098.314-02

Data do cadastramento: 28/03/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

JOSE MARCONDES BARBOSA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO