

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

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

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

DUT ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <b>HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA</b>		
<b>RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo: <b>HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA.</b>		CPF: <b>048.894.681-61</b>		
Profissão: <b>REUJO</b>	Endereço: <b>RUA LIMA CAMPOS</b>	Número: <b>S N</b>	Complemento: <b>CASA</b>	
Bairro: <b>VITORIA</b>	Cidade: <b>RATOS</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58306-330</b>	Tel.(DDD): <b>(83)99133-7273</b>
E-mail:				

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

#### RENDA MENSAL:

- REUJO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (003)  Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4982**

CONTA: **7384**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

#### DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Vívão | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Paecidos: \_\_\_\_\_ | Vítima deixou nascituro (velhozinho)?  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <b>RATOS-13/05 DE ABRIL DE 2019</b>	Name: <b>Hallyson Moraes de Araújo Costa</b>	CPF: <b>048.894.681-61</b>
--	---	-------------------------------

[\*) Assinatura de quem assina A RODO

**Hallyson Moraes de Araújo Costa**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Name: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Name: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

**22 ABR. 2019**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do intenso teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**Necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00660.01.2019.3.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00660.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:11 horas do dia 02 de abril de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nessa Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Hallyson Moraes de Araújo Costa**, CPF nº 048.894.681-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Inalda Mortais de Araújo Costa e Antônio Zenazies da Costa Silva, natural de Patos/PB, nascido(a) em 15/11/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Lima Campos, N° s/n, bairro São Sebastião, tendo como ponto de referência De Frente a Campina Sportes, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 98114-0870.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Rua Pedro Firmino, Ao Lado do Supermercado Guedes, Patos/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvida(s):**

(1) Moto, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO, cor VERMELHA, ano 2012/2013, placa OFG-2714, chassi 9C2JC4110DR404082, renavam 00498171760

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia (10/01/19) por volta de 12h20min. o declarante estava pilotando sua motocicleta próximo ao supermercado Guedes, quando um caminhão que vinha ao seu lado fez uma conversão sem fazer a sinalização, trancou o declarante; Que o declarante foi surpreendido pela manobra do condutor do veículo, e na sequencia perdeu o controle da moto vindo a cair; Que o declarante afirma que o SAMU prestou os primeiros socorros e em seguida uma ambulância do corpo de bombeiros o encaminhou ao HRP da cidade de Patos/PB; Que no HRP foi constatada uma fratura no pé direito.

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

Patos/PB, 02 de abril de 2019.

HERMANDO BARBOSA RODRIGUES  
Agente de Investigação

HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00660.01.2019.3.00.401

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <b>HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA</b>		
<b>RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo: <b>HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA.</b>		CPF: <b>048.894.681-61</b>		
Profissão: <b>REUJO</b>	Endereço: <b>RUA LIMA CAMPOS</b>	Número: <b>S N</b>	Complemento: <b>CASA</b>	
Bairro: <b>VITORIA</b>	Cidade: <b>RATOS</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58306-330</b>	Tel.(DDD): <b>(83)99133-7273</b>
E-mail:				

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

#### RENDA MENSAL:

- REUJO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (003)  Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4982**

CONTA: **7384**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

#### DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Vívão | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Paecidos: \_\_\_\_\_ | Vítima deixou nascituro (velhozinho)?  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **RATOS-13/05 DE ABRIL DE 2019**  
Name: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

**22 ABR. 2019**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**Necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR:

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n°	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
10/04/2019			31	
Local de Ocorrência	Pietro Fazzina - Ribeirão das Neves		Bairro	Médico Regulador
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

### TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALIMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

### ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-COMBUSTIVA	<input type="checkbox"/> OUTROS

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

### EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

\_\_\_\_\_

### DADOS VITAIS:

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mmHg

< 90mmHg

P.A.: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ FC: FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: \_\_\_\_\_ SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação verbal Prejudicada  Confusão Aguda  Desambulação Prejudicada  Débito Cardíaco Diminuído  Desobstrução Ineficaz das VVA  Disreflexia Autônoma  Dor Aguda  Hipertermia  Hipotermia  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância a Atividade  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz  Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz  Perfusion Tissular Renal Ineficaz  Termoregulação Ineficaz  Troca de Gases Prejudicada  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Deficientes  Volume Excessivo de Líquidos  Náusea  Função Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Interção Social Prejudicada  Incontinência Intestinal  Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros: \_\_\_\_\_

### INTERVENÇÕES:

\_\_\_\_\_

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

*Re: paciente que: Edições várias com coriza e prorrogação das mafanças no Rio para consultas e exames. e  
Condição: em H.R.P. Pela: Dr. Bento Bezerra*

*27/04/2019*

*22 ABR. 2019*



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARÁBA  
Rod. Peláez km. 228 - Japuíque, João Pessoa - PB  
Fone: 083-554-6701 - Chrlc: 083-554-0001-37

DATA DE REGISTRO  
PROJETO DE NOMEADO  
MATERIAL  
66716997  
REFERENCIA  
1-AN/03212

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2019

**INALDA MORAIS DE ARAUJO**  
**RUA LIMA CAMPOS, S/N - VITÓRIA PATOS PB 58706- 310**

Inscrição	SMR	Quantidade de Economias	Responsável	
		produção consumo	total	
075.013.200.0239.0000	INHO	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	
YUN0043840	01/06/2010	EXT. LAGUNA	LIGADO	
ANTERIOR 1 ATUAL 1 CONSUMO (m3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA				
787	798	11	32	
			11/02/2019	
MIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANexo 20 PBL. 05/2017 MS.				
DEZ/2018	7	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2018	12	TURBIDEZ	0	0
OUT/2018	8	CLORO	0	0
SET/2018	9	COL.TERMO	0	0
AGO/2018	12	COR	0	0
JUL/2018	9	COL.TOTAIS	0	0
MEDIDAS(M)	9	DADOS REFERENTES A: NOV/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 14/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:02:25

#### **DESCRIPCION**

**CONDUTA TOTAL(R\$)**

DE  
金

**RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)**

RESIDENCIAL - R\$ 1.000,00  
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE  
MAIS M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

32-01

ESGOTOS

www.santeshal.com 13 343/34

Total à Page:

PG 42 29

VENCIMENTO: 24/01/2019

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

11RD DE TABLA: 1

www.sagepub.com/journals

**INFORMAÇÕES GERAIS:**  
\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 13.007/09.

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
667800302	JAN/2019	24/01/2019	R\$ 42,96

Digitized by srujanika@gmail.com



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boloto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 022.598.415



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
RUA ANTONIO BARRETO 41  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/451385-9**

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

**MAR/2019**

**28/03/2019**

**50**

**04/04/2019**

**R\$ 41,43**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALQUE AQUI

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

Roteiro: 18-118-485-8300

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/04/2019	R\$ 41,43	451385-2019-03-1

22 ABR. 2019



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Lacerda Costa Dias

inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.617.231 / 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hallyson Moraes de Araújo Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.681 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Hallyson Moraes de Araújo Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.681 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio Barreto</u>	Número:	<u>43</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Morro Castelo</u>	Cidade:	<u>Patos</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58 707-180</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(83) 9 9133-7273</u>

Local e Data: Patos-PB, 35 de abril de 2019.

Paulo Lacerda Costa Dias

Assinatura do Declarante

22 ABR. 2019

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERÉCOS	RUA HORACIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA			
PACIENTE	HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA			
NAME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	ZNALDA MORAIS DE ARAUJO COSTA	FILIAÇÃO II	ANTONIO ZENAZIES DA COSTA SILVA	
NASCIMENTO	15/11/1994	IDADE	24a 1m	COR PARD
PROFISSÃO	VENDEDOR	GÊNERO M		
ENDERÉCO	RUA LIMA CAMPOS	nºS/N	BAIRRO	SAO SEBASTIAO
CIDADE	PATOS	U.F PB	CEP	58784000
TELEFONE	(83)9972-6261	CELULAR		
CNS	700807940401790	R.G 3727106 SSP PB	CPF 848.894.681-61	REG. NASC.
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			
F.A.A	25441	PRONTUÁRIO	15251	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)	OPERADOR	DALVES	
DATA	10/01/2019 Horário: 13:19	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI	
CARATER	B2 - URGENCIA			
CONVÊNIO	SJS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS			
MÉDICO	BRUNO NOBRE E FARIA			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X IDADE= TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente Vítimo de acidente de moto  
reforço da un. N.I.D.  
- Tl. BEG, apert, espasmas, olhos vermelhos

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

labia: feto, febre, taquicardia, Rx abd. Rx Rd. Rx Rd.

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min ortopedia = Trauma M.I.D

DIAGNÓSTICO

Trauma de M.I.D

CTD

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1 Valvum 10g 5m

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

BRUNO NOBRE E FARIA CRM-PB-10562 CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

0303060061 - 0301010072

## **ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

*38*

**Data:** 10/04/2010 **Hora:** 12 h 45 **Genero:** HC

**Nome / Nome Social:** Hallyson Moreira de Oliveira Costa

**Orient:** Via Pública **Regulado?**  Sim  Não

**Sintoma principal / História atual da doença / Início dos sintomas:** Dor em MTD **Encaminhado?**  Sim  Não

**Motivo do atendimento:** Condutor de trânsito (motocicleta)

**Classe:** Pato

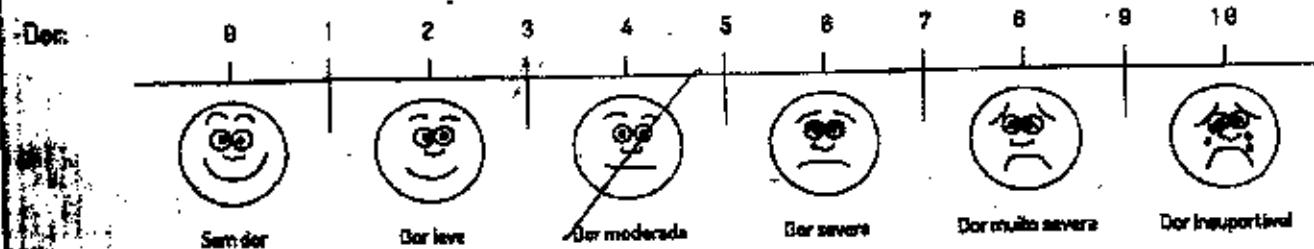
**Transporte:** Bombeiro

**Alergia?**  Não  Sim

**Uso de medicação?**  Não  Sim

**Doença prévia?**  Não  Sim

**Temp.** \_\_\_\_\_ °C **P脉:** \_\_\_\_\_ bpm **Resp.** \_\_\_\_\_ lpm **SpO<sub>2</sub>:** \_\_\_\_\_ % **PA:** 120x80 mmHg **HGT:** \_\_\_\_\_ mg/Dl



**Classificação de Risco:**  Vermelho  Amarelo  Verde  Azul

**Especialidade Médica:** Cirurgião

**Acompanhante:**  S/ Acomp. (Setor Crítico)  S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
 Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60.  Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

*[Handwritten signature]*  
DR. JOSÉ MARCELO DE ALMEIDA COSTA  
MÉDICO DE ATENDIMENTO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
CENTRO DE ATENÇÃO MÉDICA

22 ABR. 2019

22 ABR. 2019

SECRETARIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE  
DO ESTADO DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE

SUS

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. (ANDUHY CARNEIRO)

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Hallyson Souza, portador(a) da Identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 15:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 M99, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 50 (50) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 10/03/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

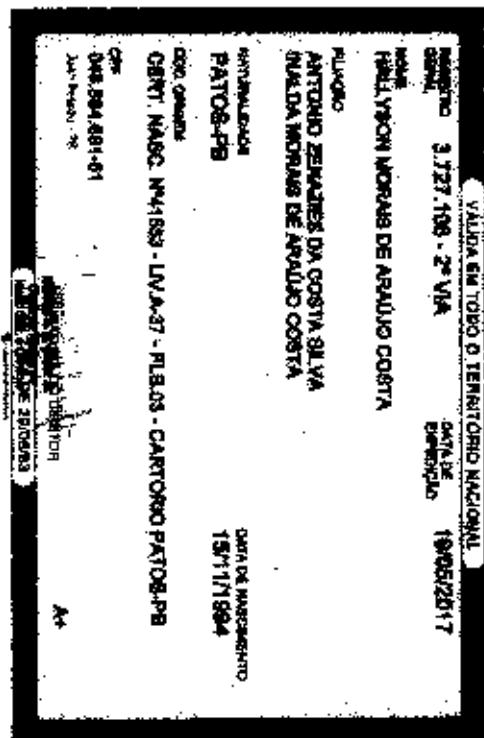
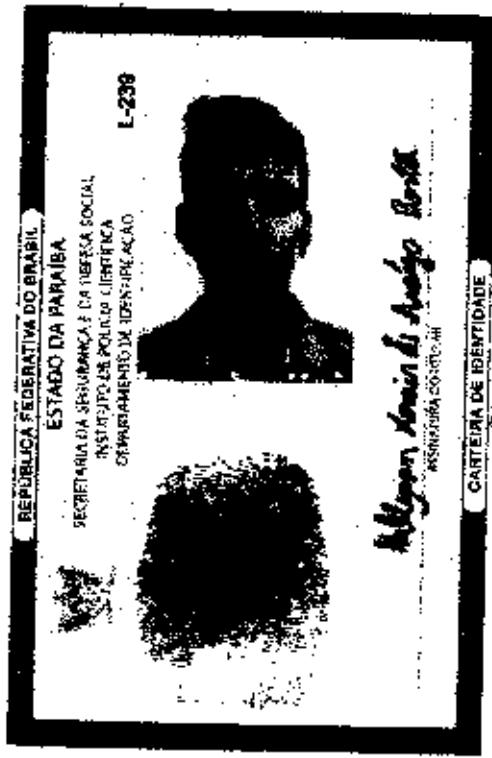
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO FONTEVÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 00.778.268/0001-80  
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

22 ABR. 2019



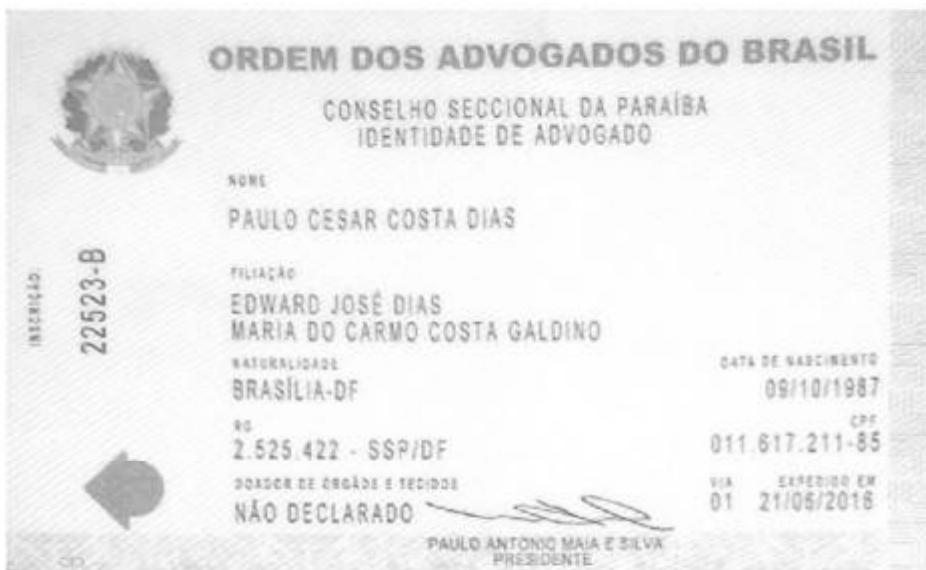
**Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



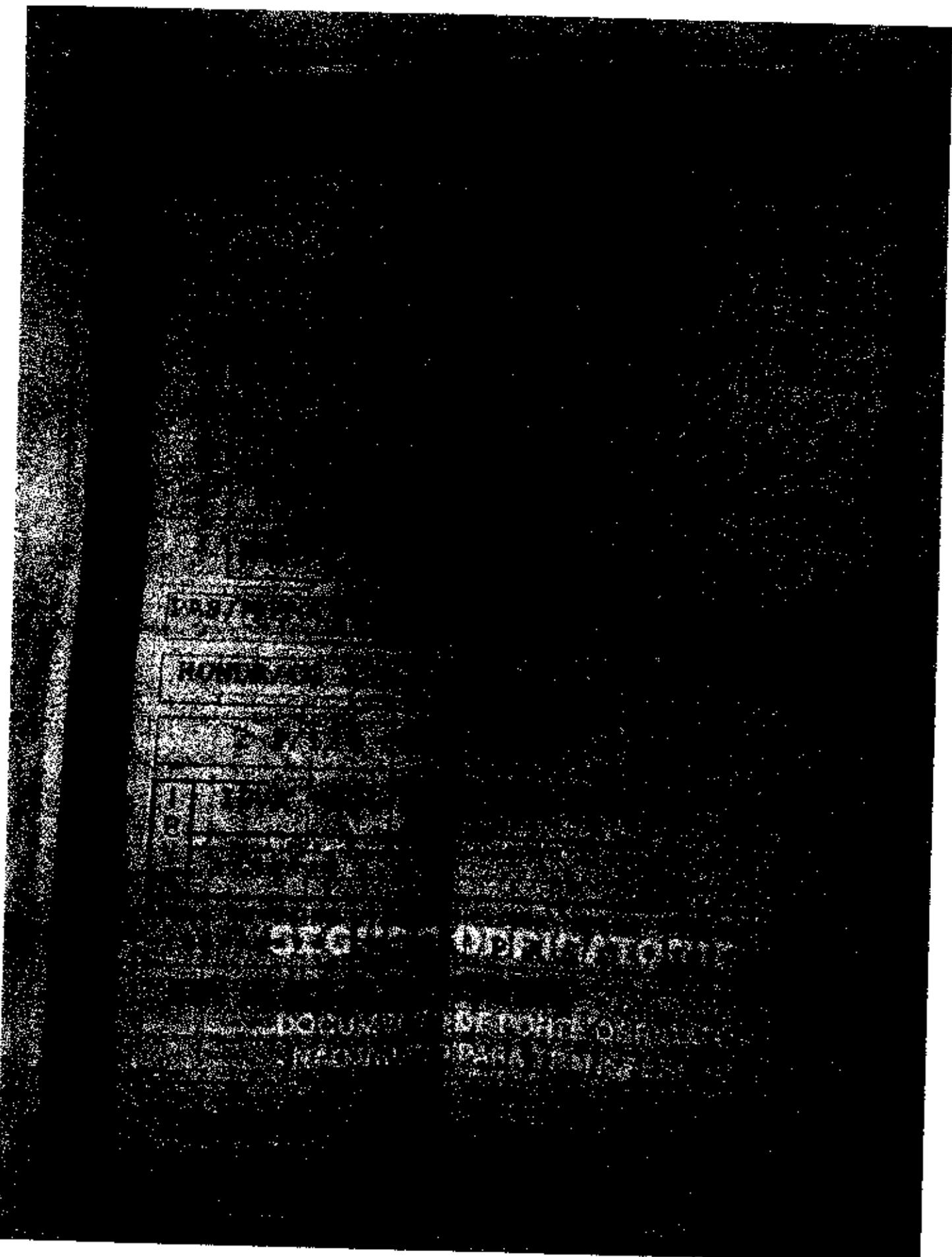
Número  
**048.864.661-61**

Nome  
**HALLYSON MORAES DE ARAUJO COSTA**

Nome  
**15/11/1994**



22 ABR. 2019



22 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB	NR. 013814328336
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
PEB 20180400013345-8	
1 0049817176-0 00/000000000 2018	
HALLYSON MORAES DE ARAUJO COSTA	
04889468161	OFG2714/PB
NOVO PE	9C2JC4110DR404082
PAS/MOTOCICLE/NAFI APLIC	GASOLINA
HONDA/CG 125 FAN KS	2012 2013
2 P/124 /CI	PARTIC VERMELHA
IPVA PAGO EM 00/00/0000	1 <sup>o</sup> 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup>
***** 0	PRÉMIO TOTAL R\$ 18/06/2018
SEGURADA LÍDER - DPVAT	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
0	
PATOS-PB	20/06/2018
9999999	36838

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013814328336 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 023 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	20/06/2018
1 04889468161	OFG2714/PB
00498171760	HONDA/CG 125 FAN KS
2012	9 9C2JC4110DR404082
PRÉMIO TARIFÁRIO	
PRÉMIO TOTAL R\$ 18/06/2018	VALOR DA COBERTURA R\$ 18/06/2018
*****	*****
CUSTO DO BILHETE R\$ 18/06/2018	VALOR DA COBERTURA R\$ 18/06/2018
*****	*****
SEGURADA LÍDER - DPVAT	SEGURADA LÍDER - DPVAT
DATA DE EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO
10/06/2018	10/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.601/0001-08

36838-0806328-20180620

08 MAIO 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS  
COSTA

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

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS COSTA

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

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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