
Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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: _____

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

Nome completo: Luciana Nascimento Lima CPF: 05719190490
Profissão: Professora Endereço: Rua Mossaregonia Número: 00204 Complemento: 19 andar
Bairro: Centro Cidade: Goiânia Estado: GO CEP: 55900000
E-mail: cynthia_gil@hotmai.com Tel.(DDD): 83988812056

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

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

AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 45789 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Goiânia, 14 de janeiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Luciana Nascimento Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV S/A E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

17 JAN 2019
Assinatura
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU NOME, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



agencia 0220-8
conta 45789-2

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0134000856**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/03/2018 às
12:33

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 14/3/2018 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 01 -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCILETA) (OUTRO)
LUCIANA NASCIMENTO LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): LUCIANA NASCIMENTO LIMA

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**LUCIANA NASCIMENTO LIMA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: NADA CONSTA Data de Nascimento: 17/10/1986
Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 000010007/000/PE (RG),
00710100490 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: 1ª TRAVESSA MASSANGANA, 204 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 01 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCILETA) (não presente no
plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CONDADO, 01, RUA K - CEP: 00000-000 - Bairro:
CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA BIZ (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIT7163** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **SE391124E** Chassi:
6G2JA9438CR862898
Combustível: **GASOLINA**

BRAYVAX 80CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **SEM REG** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **SEM REGIS** Chassi:
LB412P0F8D0000000
Combustível: **GASOLINA**

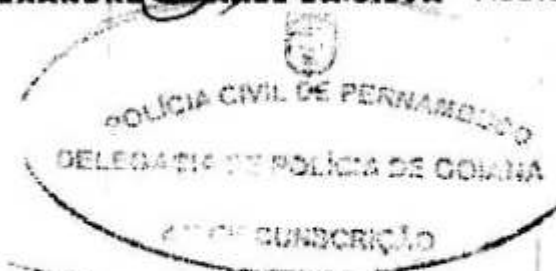
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO NO ENDEREÇO RETRO QUANDO, UM JOVEM EM UMA MOTO BIZ, COR, PRETA, PLACA KIT 7163, PASSOU EMPINANDO A MESMA. VINDO A COLIDIR COM A VITIMA QUE TEVE OS SEQUINTEZ DANOS: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESOES NO SEU SUPERCILHO ESQUERDO. SEM MAIS ESCLARECIMENTOS, ENGERRO PRESENTE REGISTRO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Luciana Nascimento Lima
LUCIANA NASCIMENTO LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE DANIEL DA SILVA** - Matrícula: **2738882**



2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134000856**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2018** às **12:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/3/2018** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 01 -**
Bairros: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA) (OUTRO)
LUCIANA NASCIMENTO LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUCIANA NASCIMENTO LIMA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: **NADA CONSTA** Data de Nascimento: **17/10/1986**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **839618897/SD9/PE (RG),**
08719198490 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: **1ª TRAVESSA MASSANGANA, 204 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade:
DESCONHECIDO Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA) (não presente no
plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CONDADO, 01, RUA K - CEP: 55000-000 - Bairro:**
CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA BIZ (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIT7163** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **EE3911248** Chassi:
9C2JA0430CR02888
Combustível: **GASOLINA**

BRVVAX 80CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **SEM REG** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **SEM REGIS** Chassi:
LB412PCF0DC000000
Combustível: **GASOLINA**

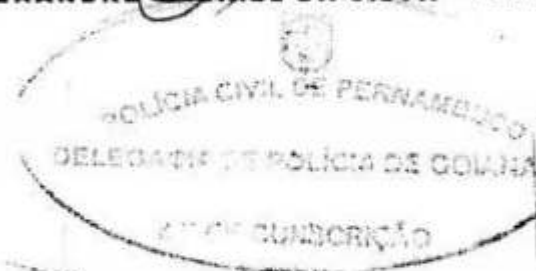
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO NO ENDEREÇO RETRO QUANDO, UM JOVEM EM UMA MOTO BIZ, COR, PRETA, PLACA KIT 7163, PASSOU EMPINANDO A MESMA, VINDO A COLIDIR COM A VITIMA QUE TEVE OS SEGUINTE DANOS: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESOES NO OEU SUPEROLHO ESQUERDO. SEM MAIS ENCLARECIMENTOS, ENGERRO PRESENTE REGISTRO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Luciana Nascimento Lima
LUCIANA NASCIMENTO LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA** - Matrícula: **2738082**



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: _____

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

Nome completo: Luciana Nascimento Lima CPF: 05719190490
Profissão: Professora Endereço: Rua Mossaregonia Número: 00204 Complemento: 1º andar
Bairro: Centro Cidade: Goiânia Estado: GO CEP: 75590000
E-mail: cynthia_gil@hotmai.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 45789 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Goiânia, 14 de janeiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV S/A E PREVIDÊNCIA S/A

(*) Assinatura de quem assina A RGO
Luciana Nascimento Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

17 JAN 2019
Assinatura
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Buciana Nascimento Lima

RG: 633518501 SSP/SP, CPF: 057.191.904-90, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 5450613 do dia 14 de Março de 2018, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 11 horas e 15 minutos, vítima de acidente de moto, moto x moto. A Ocorrência aconteceu no (a) Dua, da oulca

vítima foi removida para

Hospital Belarmino Uprreia / Hospital da Restauração

Drª Ana Quênia do N. da Silva
Coordenadora de Enfermagem
COREN 798738
SAMU Metropolitana de Goiana

Coordenação de Enfermagem

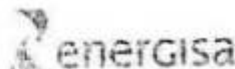
Goiana, 28 de Março de 2018.



DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 103936114 Out/2018		
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO				
R MASSANGANA, N. 00204 - 1 ANDAR - CENTRO GOIANA PE 55900-000				
INSCRIÇÃO: 062.490.455.0145.002 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 103936114				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RENDIMENTO 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO A12F162875	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MED IMOV	
<p>ÁGUA:</p> <p>LEIT ANT: 305 CONSUMO: 6</p> <p>LEIT ATU: RECOR ANDRM HD RET</p> <p>LEIT FAT: 311</p>				
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A-LEGIS
09/2018 06	TURBIDEZ	44	45	45
08/2018 06	COR APARENTE	44	45	45
07/2018 06	COLOR RESIDUAL	44	45	44
06/2018 06	COLIF. TOTAIS	44	45	44
05/2018 06	E. COLI	44	45	45
04/2018 06				
MEDIA: 06				
Qualidade de Água: www.compesa.com.br				
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS				
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA				
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)		
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE ÁGUA	6,13	41,30		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		0,82		

COMPREV
COMPREV UNIDADE PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 - SALA 08 - MANGABEIRA
 JOAO PESSOA / PB CEP 58203-040 (AC 1)



Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
 Classe/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
 Rubrica: 12 - 5 - 202 - 450 Matrícula: 6008807018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 R. Zélio de Faria, 25 - Centro Histórico - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-400
 CNPJ: 08.061.601/0001-40 Ins. Est. 15.015.423-0

Nota Fiscal Contábil de Energia Elétrica Nº 14.704.751
 Cód. por 21h Automático: 0001180087

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0096 (Atendimento: 9h às 18h, de segunda a sexta-feira)

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CNPJ / CNPJ / RAR
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-48

UC (Unidade Consumidora): 6/1698358-7

Com o seu contrato:
 Quer reduzir a conta de luz? Aqui estão algumas dicas para você:
 1. Aproveite a tarifa noturna (das 19h às 5h) para lavar a roupa, tomar banho, cozinhar, etc.
 2. Evite usar aparelhos elétricos (geladeira, chuveiro, etc.) durante o dia.
 3. Mantenha os aparelhos elétricos em bom estado de conservação.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/12/18	2518	21/01/19	2728	33
Demonstrativo				
CC - Distribuição	Cálculo: (2728 - 2518) x 0,45 = 94,50			
DEG - Consumo em kWh	2728 - 2518 = 210 kWh			
DEG - CONTRIB. SERVIÇO PÚBLICA	210 x 0,005 = 1,05			

CC - Cálculo de Classificação de Tarifa: TOTAL 195,22 194,17 46,04 194,17 1,99 8,20

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh):

44	1	20	1	4	1	180	1	221	1	223	1	187	1	200	1	125	1	204	1	223	1	222
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18											

RESERVAÇÃO AO FISCO: 85f1.69f1.dd42.d3c2.aad.644b.9cc1.f932

Indicador de Qualidade	Limite	Valor
DC TENSÃO	5.19	0.00
DC TENSÃO	10.38	0.00
DC ANLA	20.77	0.00
FC TENSÃO	3.22	0.00
FC TENSÃO	6.44	0.00
FC ANLA	12.88	0.00
DCR	12.22	0.00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	45,04	23,05
Consumo de Energia	64,24	32,89
Serviço de Transmissão	7,01	3,59
Serviço de Distribuição	11,65	5,96
Serviço de Distribuição e Encargos	55,28	28,28
Outros Serviços	9,00	4,61
Total	195,22	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
 27 FEV 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

PARA: **VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 195,22**

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Geron Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754 / 74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciana Nascimento Lima, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057 191 904 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Luciana Nascimento Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 191 904 / 90, 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 Líder-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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>Gala 06</u>
Bairro <u>Chapadão II</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>51056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Geron Duarte
Assinatura do Declarante



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET004526 Data e Hora de Atendimento: 14/03/2018 11:44 Prontuário Local: 65225 Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA Registro SUS: 705004828996155
Nascimento: 17/10/1986 Idade: 31 Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: PROFESSORA Naturalidade: GOIANÁ-PE Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 533518507 Filiação: NAO DECLARADO
FILIAÇÃO: SILVANIA MARIA DO NASCIMENTO
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA TRAVESSA DA CURICA/99 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 08199424
Acompanhante: MAE
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não

Procedência: VIA PÚBLICA

Modo de Transporte: SAMU

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Parestisia de parte do corpo
() Dor Local: Acidente moto
() Queixa urinária: TCE, leve superele e
() Sangramento. Loc: nível de desorientação
() Outras queixas:

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatra
(x) Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Classificação:

COMPREV

COMPREV VITA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

Sinais Vitais

P.A. 100 x 70 mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Paciente vítima de queda de moto trazida pelo SAMU apresentando lesão contusa em supercílio direito. Relata cefaleia, perda de memória recente e náusea. Glasgow 15

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

HD: TCE leve

CD: Encaminhado p/ av. neurológica

Código de Atendimento:

CID 10:

0301060061



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET004526 Data e Hora de Atendimento: 14/03/2018 11:44 Prontuário Local: 65225 Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA Registro SUS: 705004828996155
Nascimento: 17/10/1986 Idade: 31 Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: PROFESSORA Naturalidade: GOIANA-PE Nacionalidade: B.R.
Documento de Identidade: 533518507 Filiação: NAO DECLARADO SILVANIA MARIA DO NASCIMENTO
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA TRAVESSA DA CURICA/99 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 081994241
Acompanhante: MAE
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Nega alergia

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Parestisia de parte do corpo
() Dor Local *Acidente moto*
() Queixa urinária *TCE, porte superevolutivo e*
() Sangramento. Loc: *níveis de desorientação*
() Outras queixas:

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
(x) Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () *AVGPREV*
() Outros: *AVGPREV*
() Uso de medicamentos:

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. 100 x 70 mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar _____ mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Paciente vítima de queda de moto trazida pelo SAMU apresentando lesão costura em nuca e dor. Relata cefaleia, perda de memória recente e náusea.

Exame Físico: Peso: _____ kg

Glasgow 15

Hipótese diagnóstica / conduta

HD: TCE leve

CD: Encaminhamento p/ av. neurológica

Código de Atendimento:

Hospital

CID 10:

971

sentença

0301060061

Ass. Enfermagem
- CRM-PE 15823



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Saida 12.1

SIMU

Guia de Esclarecimento

de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO: XII GERES
31a Marcos Marcenato Lima
Sexo: M Cor: branca Estado Civil: solteiro Profissão:
Idade: 44 horas do dia 03 de 2018
Principais: laudo, vítima de acidente de moto, apresentando
do do doente atual: ferimento lacerado contuso em superfície lateral direita
do do doente: de membros superiores, membros + cabeça
do do doente: TCE leve
do do doente: Hospital Castanheira do dia 14 de 03 de 20 18
do do doente: 5383267
do do doente: AV NEUROLOGIA + BUCOMAXILO.
do do doente: AV NEUROLOGIA + BUCOMAXILO.



Projeto Sorrir

Excelência em Ortodontia

Paciente *Luciana Nascimento Lima*
Lando

*Após análises da Tomografia
computadorizada convencional
do 113 médio fixo da face,
diagnosticamos fraturas da
parede anterior do seio maxilar
e zígoma "Pilar esquerdo direito". Resol-
tamos que o tratamento será con-
servador*

Luciana, 21-03-18

Prof. Antônio F. Caubi
Cirurg. Buco Maxilo-Facial
CRE-2096

Caubi

PROJETO-SORRIR LTDA.

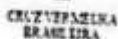
Rua Dona Benedita, 200 - Palissandú - CEP 50.070-220
Tel: 3421.3326 - 4141.6316 - 98726.1227 - 98758.0145
Em frente à Praça Chora Menino - Recife - PE

COMPREV

COMPREV - COMPROVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HEETSML

Médico/CRM:

Dr Francinello Freitas
Médico
CRM-PR 9603
CNS 703045/9067800

João Pessoa,

04/07/2018

COMPREV
COMPREV, VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



NOME DO PACIENTE: **Luciana Nascimento Lourenço** 1091505
 IDADE: **31 A** PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
 CIRURGEIA: **LAC**
 CIRCULANTE: **Dr. Katheriney + Dr. Roberto**
 ANESTESIA: **raqui**
 ANESTESISTA: **Dr. Baúla + Dr. Alana**
 INSTRUMENTADOR: **Bleonna**
 DATA: **4/11/18** TEMPO CIRÚRGICO: **12:30** ANESTESIA INÍCIO: **14:00** CIRURGEIA INÍCIO:
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGEIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
 ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
 GRAL DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA CONTAMINADA INFECTADA POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.

ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PERADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº12		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº	
ROBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.3	LUVA ESTERIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL Nº7.3		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
NUDAZOLAN		AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL Nº8.3		FITA CARDIACA	
NUMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MEDICAMENTOS GORROS		CATETER DE PIC	
PERIDURIA Cefazolin		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFLURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº250	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº260	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº270	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT RRM	
HENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXILINA 2g		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		CE 3.5 TMC	
RONA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS 1/2/1/4/2/1/6	
SEDURINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENKOSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi				
TENOXICAN		ESPARADRAPO				
		GAZES				
		GAZES ALGODOADAS				
		GEL ELETROLITICO				
		JELCO Nº14				
		JELCO Nº16				

13 Baúla Agulha 1.00 etc
 05: placa avulsa 18 pinos modelada, man
 mod. vander.

CIRCULANTE
 Leosely da Silva Fereira
 Tec. Enfermagem
 COBEN 101052
 PROJ. AS-TR 0213

COMPREV

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 945805/2018.

NOME: LUCIANA NASCIMENTO LIMA.

Foi atendido às 13h56 do dia 14.03.2018

Diagnóstico provável: POHTMA - TCE LEVE
FRATURA DE C2 D. DIREITO.
FRAGMENTO C2 - CONTUSO EM
SUPERFÍCIE DIREITA.
FRATURA FIBULAR EM 1/3 MÉDIO CLAVICULA
DIREITA

Tratamento realizado: (ACIDENTE DE TRUQUE)
SUSPENSÃO CLAVICULA + SUSPENSÃO DO
FRAGMENTO + IMOBILIZAÇÃO -
EM M.B.D.
TAC DE CLAVICULA TAC DE COLUNA CERVICAL
TAC DE FACE - TAC TOTAL - DUBMOM.
EXAMES LABORATORIAIS + REXE.

Obs.

ALTA HOSPITALAR EM 14-03-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-08-2018

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do BAME
CRM: 4435

MÉDICO - CRM No. 4435

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



NOME: LUCIANA NASCIMENTO DE LIMA BE/PRONTUÁRIO 1091505
 IDADE: 31 SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: _____ DATA: 04/07/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
 CIRURGIÃO: DR KARTNEY SARMENTO 1º ASS: DR ROBERTO ALMEIDA
 2º ASS: R1 FRANCINELIO 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: _____ HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CÓDIGO
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM	
PLACA DE RECONSTRUÇÃO 6 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

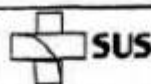
☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ OUTRO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Francinelo
 Médico
 CRM FB 9693
 CNS 703404579057600

DATA: 04/07/2018

COMPREV
 COMPREV - PREVIDÊNCIA SIA
 17 JAN 2019
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luciana Nascimento Luna

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1091503

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

me 02 Parafusos verticais n: 14
3,5 02 Parafusos verticais n: 16

01 Placa A-100
(B. Braun)

[01 placa neurotraumática "A-154" com
06. Furos;

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Medico
CRM PB 9603
702404879057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

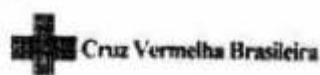
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFF



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LUCIANA NASCIMENTO LIMA	BAE 1091505	Data/Hora Entrada 29/06/2018 14:51:15	Data Baixa
Data de nascimento 17/10/1986	Idade 31a 8m 12d	Sexo Feminino	CNS 163822965710008
Mãe SILVANA MAIA DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 994245001
Endereço SITIO CRUZ DA ALMA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CAAPORA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 29/06/2018 14:54:33		Data/Hora Prescrição 29/06/2018 16:29:50	

anamnese

1#ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADA DO TRAUMINHA COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO HA +- 3MESES E MEIO, COM TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA DIREITA EVOLUINDO COM ATRADO DA CONSOLIDAÇÃO

CD:
INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H

OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

CUIDADOS

IV + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA)

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

IONOGRAMA

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM-12234

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/06/2018 14:52:59

LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DANIEL CONSERVA ARRUDA

Orto



asilceira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1091505



Identificação do paciente				
ID 13020 48	Nome LUCIANA NASCIMENTO LIMA			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/10/1986	Idade 31 anos 8 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SILVA NA MAIA DO NASCIMENTO	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			
DDC - Móvel 83	Fone Móvel 994245001	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tip. do documento Rf 3 (IDENTIDADE)	Número documento 533516507	Nº Cns 163822965710008		
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade CAAPORA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58326000	Município de residência CAAPORA	UF PB	Logradouro SÍTIO CRUZ DA ALMA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 29/06/2018 14:51:15	Número da pulseira 1000006548369	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CD
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS				Tempo 01min 44seg

Imprimir

OMPREV

COMP. - PREVIDÊNCIA S/A

1º JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIFE



GOVERNO DO ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1091505 e PRONTUÁRIO nº 109622

PACIENTE: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 17.10.86

Data e Hora do Atendimento: 29.06.18

Horário: 14:51h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com fratura da clavícula direita há 3 meses, procedente do ORTOTRAUMA apresentando retardo da consolidação. Atendido pelo Dr. Raiff Leite Soares CRM 9350, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11134, Dr. Francenílio Freitas CRM 9603.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA CID 10 S 42 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro direito AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 04.07.18 com redução e fixação de fratura do da clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR: 05.07.18 às 8:44h

Data da Emissão: 01.10.18


Dr. Glender Tércio G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1307782603	NOME LUCIANA NASCIMENTO LIMA
	DOC. IDENTIFICAD. / CNIL. EMISSOR / UF 533512507 SSPSP
	CN 057.191.904-90
	DATA NASCIMENTO 17/10/1986
	FUNÇÃO NADA CONSTA
SILVANA MARIA DO NASCI MENTO	
PERMISSÃO ABC	
CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 06380560230	
VALIDADE 21/11/2019	
1ª HABILITAÇÃO 01/06/2015	
OBSERVAÇÕES A EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA	
Assinatura do Portador <i>Luciana Nascimento Lima</i>	
LOCAL JALLES, SP	DATA EMISSÃO 06/06/2016
Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i>	
Nº de Assinatura do Emissor 45031344069 89740741101	
DETRAN - SP (SAO PAULO)	

COMPREV
 COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
 17 JAN 2019
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE
 RG: 8427738
 CPF: 049.502.754-74
 DATA DE NASCIMENTO: 21/08/1982
 ENDERECO: ALEXANDRE DE ARAGAO DUARTE, MARCIA CESAR DUARTE
 DATA DE EMISSAO: 16/01/2019
 DATA DE VALIDADE: 29/04/2021

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
 894056231

COPIA
 ALEXANDRA CESAR DUARTE
 DATA DE EMISSAO: 17/01/2014
 DATA DE VALIDADE: 17/01/2014
 ENDERECO: JOAO PESSOA, PB
 DATA DE EMISSAO: 17/01/2014
 DATA DE VALIDADE: 17/01/2014
 ENDERECO: JOAO PESSOA, PB
 DATA DE EMISSAO: 17/01/2014
 DATA DE VALIDADE: 17/01/2014

PRESSION PLASTIFICADA
 894056231

DETRAN PB (PARAIBA)

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
 17 JAN 2019
 PROTOCOLO
 AGENCIA RECIFE

[illegible]

RECIBO

R\$ 4.000,00

Recebemos do Srº Paulo João da Silva Barros, portador do CPF: 026.091.664-19 e RG: 5376247 o valor de R\$ 4.000,00 em espécie no dia 17/11/2014. Referente à compra de uma moto na cor vermelha. Onde damos plena quitação. CHASSI: LB412PCF9DC000068 E MOTOR: 154FM12D000068.

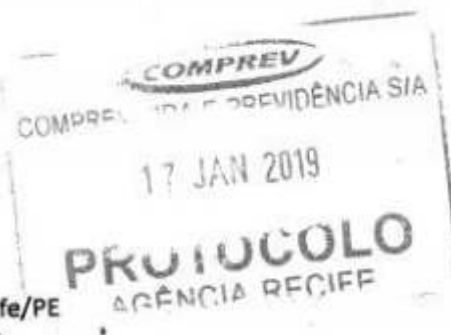
Olsonia Tenuelo

Bravax Motos

PAGO

Recife, 19 de Novembro de 2014.

Av. Mascarenhas de Moraes, 291 - Imbiribeira - Recife/PE
Cep: 51.150-03 - Tel.: (81) 3339.2351/3033.3145





Detran-PE

SECRETARIA DAS CIDADES

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 26-6 CIRETRAN IGARASSU-CIR26

Controle de Veículo
Extrato de Restrições

Pág.: 1

20-06-2017 12:18

Placa:

RENAVAM:

Chassi: **LB412PCF9DC000068**

Proprietário:

ADMINISTRATIVAS
NADA CONSTA

BENEFICIO MINISTERIO DA FAZENDA
NADA CONSTA

FINANCEIRAS
NADA CONSTA

GERAIS
NADA CONSTA

JUDICIAIS
NADA CONSTA

RECOLHIMENTO
NADA CONSTA

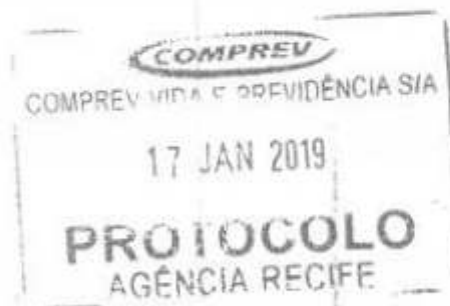
RECURSO/SUSPENSIVO
NADA CONSTA

RESTRICAO A VENDA
NADA CONSTA

TRIBUTARIO
NADA CONSTA

Obs: INFORMAÇÕES DA BIN

IMPORTANTE: Posição atualizada até 20-06-2017 12:18



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCIANA NASCIMENTO LIMA, brasileira, solteira, Professora, inscrita no RG de n.º 533518507 e CPF de n.º 057.191.904-90, residente e domiciliado a Rua Massangana, n.º 204 -A, Centro, Goiana, Pernambuco, CEP: 55900-000 telefone (81)9 9424-5001

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06, Mangabeira II, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

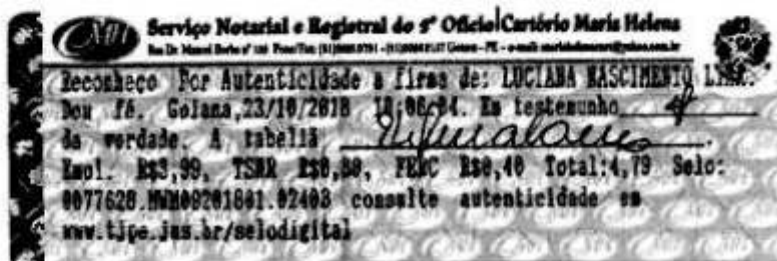
Goiana - Pernambuco 23 de Outubro de 2018



Luciana Nascimento Lima

OUTORGANTE

Vilma Joaquim de Lima
Escrivente



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020117/19

Número do Sinistro: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

CPF: 057.191.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020117/19

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

CPF: 057.191.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIANA NASCIMENTO LIMA : 057.191.904-90

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA