



Número: **0863160-27.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2016**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSÉ BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRO (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
THIAGO ARAÚJO RIBEIRO (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
M. H. R. (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
J. L. D. A. R. (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
MARIA MADALENA DE ARAUJO (REPRESENTANTE)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39212504	08/02/2021 15:34	<a href="#">2697256_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730151

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00917/00918 - carta\_03



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730956

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data Acidente: 08/05/2016  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01517/01518 - carta\_01



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11731238

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17  
**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01519/01520 - carta\_01



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11731270

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00919/00920 - carta\_03



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11732518

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Prova de companheirismo não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00921/00922 - carta\_03



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Nº Sinistro: 3170522587  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data do Acidente: 08/05/2016  
Cobertura: MORTE

**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 3170522587**.

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 12583147

Pag. 01861/01862 - carta\_16 - MORTE

00010931



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA MADALENA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**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 3170522587**.

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 12583148

Pag. 01863/01864 - carta\_16 - MORTE



00010932





Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Nº Sinistro: 3170522587  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data do Acidente: 08/05/2016  
Cobertura: MORTE

**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 3170522587**.

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 12583166

Pag. 01865/01866 - carta\_16 - MORTE

00010933



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **THIAGO ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**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 3170522587**.

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 12583198

Pag. 01867/01868 - carta\_16 - MORTE

00010934



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**  
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**  
Data do Acidente: **08/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**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 3170522587**.

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 12583205

Pag. 01869/01870 - carta\_16 - MORTE

00010935



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.

FL. MAYARA MASSIANA DE ARAUJO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.145.246 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 17/06/11 E  
CPF 013.258.614-4 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultora  
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susseg 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 duplicação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Intélica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso da cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2443-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.862-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Srta. Mayara de Araújo 15 de AGOSTO de 2017 Mayara Madaleno de Araújo  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.





JINCU/PR  
22 SET. 2017



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENC.



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, JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.338.273 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 13/07/15 E  
CPF 7111667299-00 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE  
E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0625-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.205-5

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

S. Miguel Tapui 15 de Agosto de 2017  
LOCAL E DATA

Jose Bruno de Araujo Ribeiro  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



11/09/2017  
06251/539

- BANCO DO BRASIL - 11

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE B DE ARAUJO RIBEIRO

AGENCIA: 0625-4 CUNTA: 24.205-5 VAR:51

DATA 11/09/2017

NR. DOCUMENTO 6.251.753.900.300

VALOR DINHEIRO

VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 6.AB4.D89.0A8.1CE.862

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

JINCU/PB

22 SET. 2017





**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 031/2016**

**CERTIFICO**, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 031/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 9 de agosto de 2016, nesta cidade de São Miguel de Taipu, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO A DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, agente de investigação de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 3:15, compareceu a Sr(a). **MARIA MADALENA DE ARAÚJO**, brasileira, natural de São Miguel de Taipu/PB, solteira, nascida aos 26/04/1976, com 40 anos, RG 2145246 SSDS-PB, CPF nº 032.586.144-74, alfabetizada, filha de pai não declarado e Severina Odilon de Araujo, residente na Rua Gildo Nóbrega, nº 26, Centro, São Miguel de Taipu-PB, telefone nº (83)9 8856-1965, **NOTICIOU**:

*Que conviveu maritalmente com JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, PORTADOR DO RG Nº 2.539.286 SSDS/PB; Que na data de 08/05/2016 JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA fora vítima de acidente de moto; Que sabe dizer que na data do fato estava chovendo e que nas proximidades das pedras grandes em Água Branca, na Zona Rural de São Miguel de Taipu, o motorista da motocicleta provavelmente perdeu o controle da moto e seu companheiro caiu ao solo; Que o companheiro da declarante foi socorrido para o Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé, onde foi medicado e encaminhado para casa; Que a declarante ainda levou seu companheiro nos dias 09 e 10 de maio do corrente ano ao Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé (UPS), onde foi medicado e encaminhado para casa; Que na data de 11/05/2016 o seu companheiro continuava sentindo fortes dores e febre e se dirigiu ao Hospital de Itabaiana de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa-PB, onde foi submetido a procedimento cirúrgico; Que na data de 13/05/2016 seu companheiro JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA veio a óbito no Hospital de Trauma; Que segundo certidão de óbito nº 06888201552016400131018003470899 consta como causa da morte TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, AÇÃO- CONTUNDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (ACIDENTE MOTOCICLISTICO – QUEDA- VÍTIMA-CONDUTOR). Nada mais havendo a tratar, motivo pelo qual faz a presente notificação.*

Ciente **Erro! Fonte de referência não encontrada.** declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de São Miguel de Taipu/PB, aos 9 de agosto de 2016, eu agente de investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

*Maria Madalena de Araújo*

**MARIA MADALENA DE ARAÚJO**

Noticiante

**PM/PC/PB**

**22 SET. 2017**

**ANA PATRÍCIA DE A. MEDEIROS**

Agente de Investigação de Polícia Civil







70 Serviço Reg. Civil  
Gomes de Souza  
João Pessoa-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**

JINCOR/PB

NOME:

**JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**

22 SET. 2017

MATRÍCULA:

**0688820155 2016 4 00131 018 0034708 99**

SEXO masculino	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 36 anos
NATURALIDADE/UF São Miguel de Taipu-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 078.942.414-23
ELEITOR — NÃO INFORMADO —		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) JOAO BATISTA DE SOUZA e MARIA ELIAS RIBEIRO. Residência na(o) RUA GILDO NOBREGA, Nº 26, BAIRRO PILAR, no município de Pilar-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de maio de dois mil e dezesseis - 15:40		DIA 13
		MÊS 05
		ANO 2016
LOCAL DO FALECIMENTO HOSPITAL DE TRAUMA no município de João Pessoa-PB		
CAUSA DA MORTE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, AÇÃO CONTUNEDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO( ACIDENTE MOTOCICLISTICO- QUEDA- VITIMA CONDUTOR)		
NOME DO MÉDICO / CRM DR. FLÁVIO RODRIGUES ARAUJO FABRES - CRM: 5673		LOCAL DO SEPULTAMENTO CEMITERIO DE TIBIRI II, SANTA RITA-PB no município de Santa Rita-PB
DECLARANTE MARIA MADALENA DE ARAUJO, brasileira, solteira, com 40 anos de idade, AGRICULTORA, residente e domiciliada: RUA GILDO NOBREGA, Nº 26, BAIRRO PILAR, Pilar-PB, natural de São Miguel de Taipu-PB		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 16/05/2016, no Livro C-00131, Nº 34708, folha 18. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 24466433. O FALECIDO ERA AGRICULTOR, ERA ELEITOR, NÃO DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS, JOÃO LUCAS, MATHEUS HENRIQUE, JOSÉ BRUNO, THIAGO. CONFORME LIDO E ASSINADO PELA DECLARANTE		
NOME DO OFÍCIO SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA		
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. JOÃO PESSOA-PB, 16 de Maio de 2016		
OFICIAL REGISTRADOR Irene Gomes de Souza		
MUNICÍPIO/UF JOÃO PESSOA-PB		
ENDEREÇO R. Reinaldo dos Santos, Qd. 15 Lote 03 Bairro Trincheiras / e-mail: irene.7cartorio@hotmail.com/ JOÃO PESSOA-PB - CEP 58011315 Fone: (83)3221-6832 E-mail: irene.7cartorio@hotmail.com		
Selo Digital: <b>ABY37054-PU7S</b> Consulte a autenticidade em: <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>		

ARPENBRASIL AA 002621600 BRP



MARIA MADALENA DE ARAUJO  
RUA NOVA, 28 - CENTRO  
940 MIGUEL DE TAPAJÓ (PB) CEP: 53340000 (AG-113)  
Cidade/Estado RESIDENCIAL: BARRAGEM MONDÁSSICO B-29, Km 25, Cid. Pedra Branca, Paraíba (PB) CEP: 58271-680  
Roteiro B-10-38-5480 Referência: Abr/2016  
NF Medidor 92000724832 Emissão: 11/04/2016

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 03.205.183/0001-40 Ins. Est. 16.016.993-0  
Nota Fiscal Cont. de Energia Elétrica (NCEE) 439.262  
Código para Débito Automático: 80013813988

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1351398-5

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

11/04/2016

Data prevista da próxima leitura

11/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

3258614474

Insc. Est.

Faturas em atraso  
FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 03/04/2016 PAGAS  
OBRIGADOR

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/3/16	11069	11/04/16	11211	
				22
				31

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,0784	5,48
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	22	0,37191	8,19
Adic. B. Anistia			0,81
Subsídio			2,86
ICMS			26,17
PIS			0,42
COFINS			1,86

22 APR 2016  
JUIROS DE MORA 03/04/16  
MULTA 03/2016  
Desconto Sólido

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	114
Fev/16	114
Jan/16	121
Dez/15	108
Nov/15	101
Out/15	120
Set/15	106
Ago/15	108
Jul/15	97
Jun/15	94
Mai/15	113
Abr/15	113

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS 74,72	27,00	20,17
PIS 74,72	3,5000	0,42
COFINS 74,72	2,6133	1,86

VENCIMENTO  
18/04/2016

TOTAL A PAGAR  
R\$ 54,23

RESERVADO AO FISCO  
878e.4528.f48.7e53.30fe.d716.5a29.a71e.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	0,00	NOMINAL
DC TRIMESTRAL		
DC ANUAL		
PIZ MENSAL	0,00	CONTRATADA
PIZ TRIMESTRAL		LMITE INFERIOR
PIZ ANUAL		LMITE SUPERIOR
DIPIZ		
SDCI		

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia-B	19,20	35,43
Comp. de Energia	26,27	48,43
Benef. de Transmissão	51	94,06
Imposto Único de Instalação	26,70	49,23
Outros Serviços	1,00	0,00
Total	76,84	100,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi registrada como baixa tensão, sendo um débito de R\$ 321,85

(83) 9 9313 - 2725



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRORG nº 4.338.273, data de expedição 13/07/15, Órgão SSR/PBCPF nº 711.667.294-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NOVA</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAO MIGUEL DE TAIPU</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58334-000</u>
Telefone de Contato	<u>JINCUR/PB</u>
E-mail	

2 SET. 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO MIGUEL TAIPU, 15/08/2017Assinatura do Declarante: José Bruno de Araújo Ribeiro

MARIA MADALENA DE ARAUJO  
RUA NOVA 28 - CENTRO  
SAO MIGUEL DE TAPAJUBA/PA CEP: 56230000 (40.113)

Cidade/Subsistema RESIDENCIAL/BARRA REI/CAJAMONHO/PA CEP: 56230000 (40.113)  
Razão Social: 10-38-5480  
Número de identificação: 00000724012

Referência: Junho 2017  
Emissão: 06/08/2017

ENERGISA  
ENERGIA PARA O SEU DIA A DIA  
CNPJ 08.085.140/0001-40 INSC EST 150.582.943

1934 FCA/CE/CA de Energia Elétrica INSC 150.582.943  
Código para Delineamento: 0001341396

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 6/1361396-6

Jun/2017

Canal de contato

Apresentação

Toma de Energia Elétrica: TSEE na cidade de São  
Miguel de Tapajuba, PA, 26 de abril de 2002

09/08/2017

Data prevista da  
próxima leitura

12/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior	Atual	Consumo	Dias
11/05/17	12/06/17	104	33

Faturas em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 33 kWh BR	30	0,1653	4,96
Consumo 31 a 100 kWh BR	30	0,2565	7,69
Consumo 101 a 210 kWh BR	4	0,3167	1,27
Associação			1,12
Substituição			72,76
ICMS			10,00
PIS			0,72
COFINS			3,30

Histórico do Consumo  
(kWh)

Mai/17	111
Abr/17	69
Mar/17	115
Fev/17	109
Jan/17	102
Dez/16	117
Nov/16	100
Out/16	87
Set/16	105
Ago/16	82
Jul/16	103
Jun/16	112

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MORA 06/2017	0,10
MULTA 06/2017	1,01
Descontos Sobra	77,35

BASE DE CÁLCULO	FAIXA	VALOR R\$
CMS	10,37	37,00
FGS	10,37	1,0318
COFINS	10,37	4,7428

VENCIMENTO  
19/08/2017  
TOTAL A PAGAR  
R\$ 48,73

f560.2151.dd16.c899.c27c.67ed.7bf.c91a

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE ENERGIA	9,47	0,00	
DE TEMPERATURA	1,04		
DE QUALIDADE	1,28		
DE VELOCIDADE	3,43	0,05	
DE TEMPERATURA	1,04		
DE QUALIDADE	1,28		
DE VELOCIDADE	3,43	0,00	
DE TEMPERATURA	1,04		

Indicadores de Qualidade	Valor (R\$)	%
Severidade de Interrupção	0,45	18,39
Severidade de Interrupção	11,08	27,20
Severidade de Interrupção	0,65	1,39
Severidade de Interrupção	0,44	1,00
Severidade de Interrupção	24,15	45,98
Severidade de Interrupção	0,00	0,00
Total	48,73	100,00

Valor do ELISD (R\$) 4/2017 R\$ 14,35





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro (amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob a pena da lei, que tenho (amos) conhecimento de que a vítima JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/05/2016, faleceu em 13/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(s) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1- JOSE ANTONIO DE AMARJO RIBEIRO	FILHO	4.338.273	711.667.894-00
2- THIAGO AMARJO RIBEIRO	FILHO		138.638.794-50
3- MATHEUS HENRIQUE AMARJO RIBEIRO	FILHO	3.503.724	085.742.094-14
4- JOAO LUCAS DE AMARJO RIBEIRO	FILHO		138.638.794-06
5-			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro (amos), ainda que a vítima ( ) não deixou companheira (o) ou (x) deixou companheira (o) de nome MARIA MARILENA DE AMARJO.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o (a) (s) declarante (s) firma (m) a presente, juntamente com 2 (duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder (em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

JOAO PEREIRA 15/05/2017  
LOCAL E DATA

Maria Marilena de Amarjo  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) IDONEIDADE

NOME COMPLETO DO REP. LEGAL OU ASSINANTE	RG	CPF	ASSINATURA
1- MARIA MARILENA DE AMARJO	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Marilena de Amarjo</u>
2- MARIA MARILENA DE AMARJO	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Marilena de Amarjo</u>

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1- <u>Alciane Costa Figueiras de Carvalho</u>	<u>237.8236 PB</u>	<u>040.368.854-02</u>	<u>Alciane Costa Figueiras de Carvalho</u>
2- <u>Marta Blumczyk Bm</u>	<u>1759359 PB</u>	<u>978.861.654-20</u>	<u>Marta Blumczyk Bm</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese de herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante e o Representante legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros- Seguradora Líder DPVAT SAC DPVAT 0800 022 94704 [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/05/16, faleceu em 13/05/16, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO	4.338.273	711.667.294.00
2. THIAGO ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.704.50
3. MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		285.742.074.14
4. JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.774.06
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou ~~TA~~ deixou companheira(o) de nome MARIA MADALENA DE ARAUJO.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam redamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

S. MIGUEL TRIPU 15/08/17  
LOCAL E DATA

Jose Bruna de Araujo Ribeiro  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

JINCUR/PB

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

22 SET, 2017

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENORES DE IDADE(\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

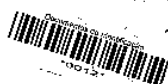
DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. MARIA ELISANGELA TOME	1759359	772861651.20	<u>Maria Elisangela Tome</u>
2. JAMILSON MARTINS SOARES	2842029	073.543.434.44	<u>Jamilson Martins Soares</u>

(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS o responsável legal deverá assinar pelo menor.  
b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

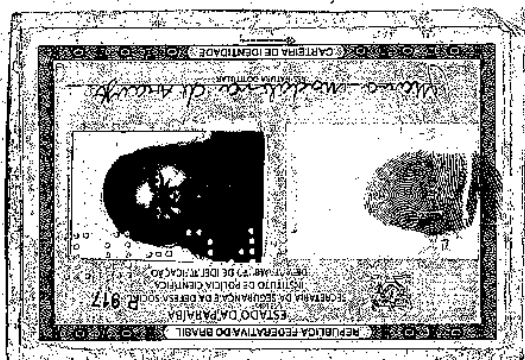




JINCUK/PB

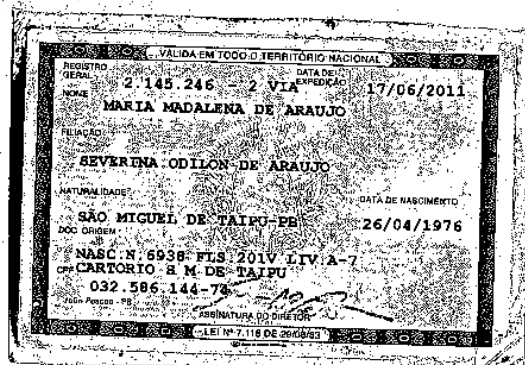
22 SET. 2017





JUN 22 2017

22 SET 2017







**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
**138.638.794-06**  
Nome  
**JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO**  
Nascimento  
**30/06/2006**  
**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO**

**SINCOR/PB**

**22 SET. 2017**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL

09.300.005/0001-04

Cartório do Registro Civil e Tabelionato  
CARTÓRIO \*ALCÃO

Rua Elias Cavalcante, S/N Centro

CEP 58334-000

São Miguel de Taipá-PB

ESTADO DE PARAÍBA

COMARCA DE PILAR

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DE TAIPÁ

DISTRITO DE SÃO MIGUEL DE TAIPÁ

SINCUR/PB

22 SET. 2017

PATRICIA CAVALCANTE FALCÃO  
Oficial AD-HOC do Registro Civil

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 110 - 1 do Livro A - 10, sob Nº de  
Ordem 2.570, foi lavrado o assento do nascimento de JOÃO LUCAS DE ARAÚJO RIBEIRO

do sexo masculino, nascido no dia trinta do mês de junho do ano

de dois mil e cinco (30.06.2005)

às 02 horas e 00 minutos em Hospital São Andrada,

SAPÉ - PB.

filho de JOSÉ ANTONIO RIBEIRO, NETA, agricultor, natural deste Estado

e de Dona MARIA MADALENA DE ARAÚJO, agricultora, natural deste Estado

sendo avós paternos JOÃO BATISTA DE ARAÚJO

e Dona MARIA ELIAS RIBEIRO (F.L.M. TEL)

e avós maternos

e Dona SEVERINA CEILON DE ARAÚJO

O assento foi lavrado em 04 de setembro de 2005

tendo sido declarante O próprio pai, registrando

e serviram de testemunhas Janeira Xavier da Silva e José Firmino da Silva.

Observações: Feito de acordo com os Termos da Lei em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

São Miguel de Taipá, 10 de julho de 2005

Patricia Cavalcante Falcão  
Escritura e Oficial AD-HOC



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**138.638.704-50**

Nome  
**THIAGO ARAUJO RIBEIRO**

Nascimento  
**18/12/2000**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**SINCUR/PB**

**22 SET. 2017**





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Nascimento

SINCUR/PB

NOME

THIAGO ARAÚJO RIBEIRO

22 SET. 2017

MATRICULA:

071241 01 55 2001 1 00009 266 0008896 86

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO:

dozeito de dezembro de dois mil

DIA

18

MÊS

12

ANO

2000

HORA DE NASCIMENTO

12:55

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sapá-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

São Miguel de Taipu-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Regional da Andrade

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA e MARIA VALENA DE ARAUJO

AVÓS

PATERNALE: José Santos de Souza e Maria Elias Falcão Falcão

MATERNALE: Sônia de Souza e João de Souza

GÊMEOS

NOME E MATRICULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO:

dozeonove de julho de dois mil e um (1997 2001)

DNV REC. NASC. VIVO:

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA - Ob: Feito de acordo com os termos da Lei em vigor. Fornecido pelo Programa Cidadão.

09.300.005/0001-04

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO FALCÃO

Praga Elias Cavalcanti s/n

Centro - CEP: 58.334-000

São Miguel de Taipu-PB

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil e Tabelionato Falcão - Paraíba

OFICIAL REGISTRADOR

Patrícia Cavalcante Falcão Grange

MUNICÍPIO

São Miguel de Taipu-PB

ENDEREÇO

Praga Elias Cavalcanti s/n Centro, São Miguel de Taipu-PB - Para.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

São Miguel de Taipu-PB, 20 de Junho de 2011

Patrícia Cavalcante Falcão Grange  
Oficial do Registro Civil

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER AQUILAÇÃO OU RAURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

1170557



Documento de identificação

0012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA COM DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 14/11/2006

NOME MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

RELACIONADO JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

MARIA MADALENA DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO 07/11/2003

IDENTIFICADO JOSE PESSOA-PB

DO N. 9331 PLS 50 LIV A10

CIT. TOROIO SAO MIGUEL TAIPU PB

MINOR DE 7 ANOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 085.742.094-14

Nome MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Nascimento 07/11/2003

SINCR/PR

22 SET 2007





22 SEP. 2017

30/08/2017



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: 711.667.294-00

Nome: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Data de Nascimento: 03/06/1999

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 13/07/2015

Dígito Verificador: 00

SINCR/PP

22 SET. 2017

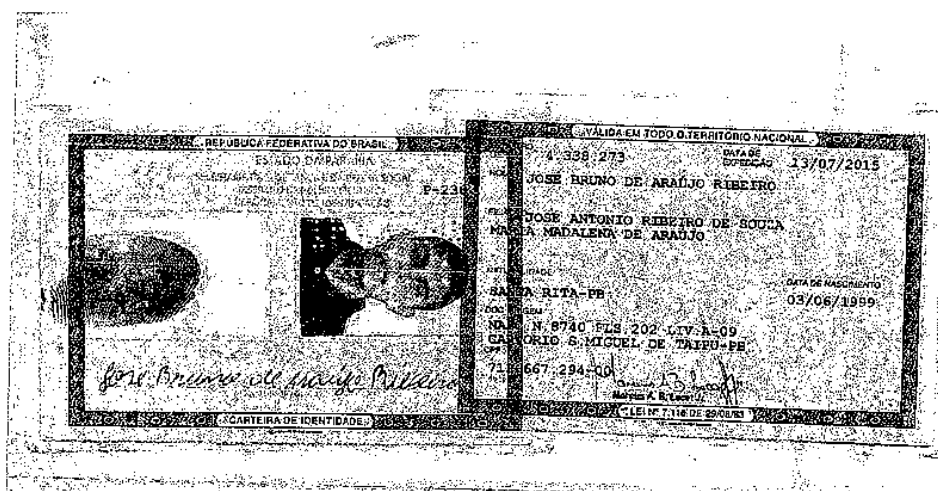
Comprovante emitido às: 10:56:26 do dia 30/08/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: 3BC4.DBF2.4A9F.EACC



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RF8 nº 1.548, de 13/02/2015.)



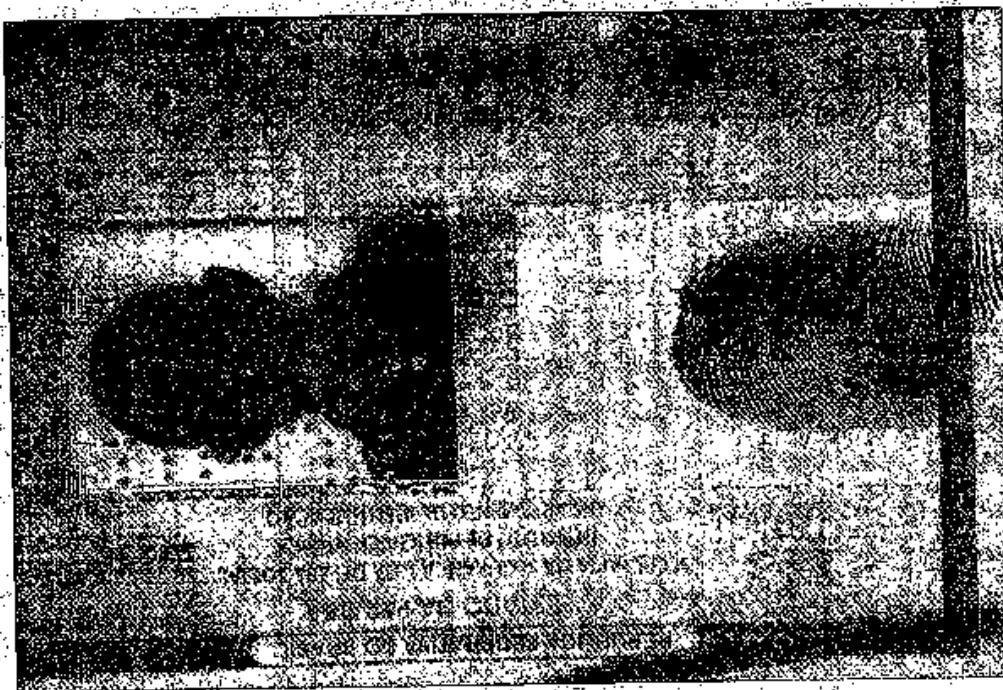


22 SET 2017

SINCR/PP



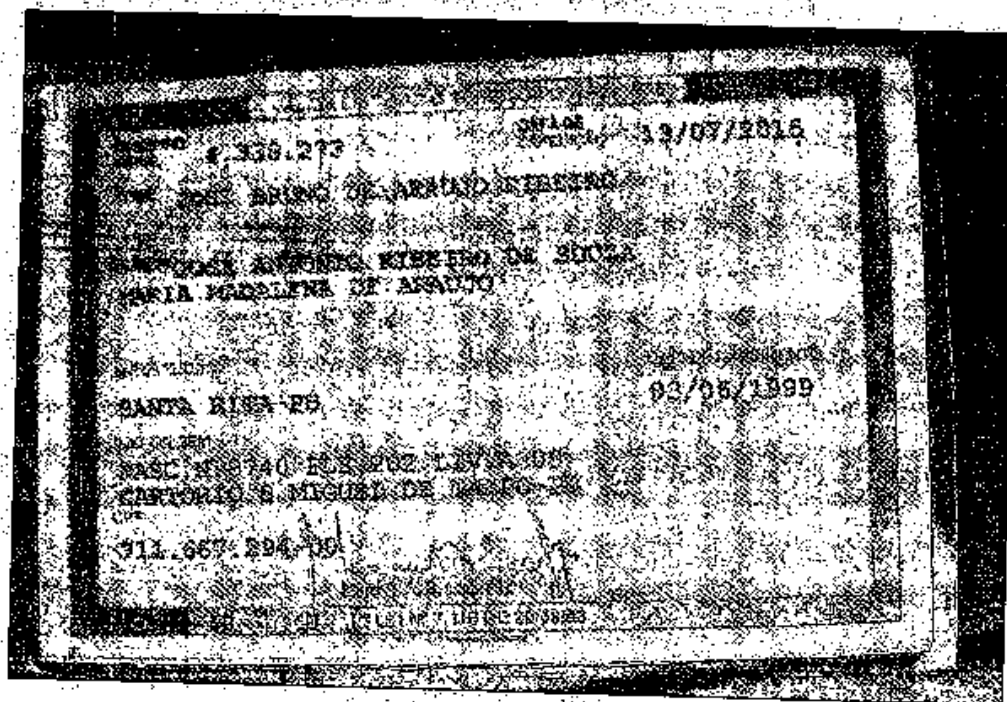




SINCOR/PR

22 SET. 2017





SINCOR/PP

22 Set. 2017



JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Laudo nº: 03.01.01.052016.03737



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL  
C: 323416

## LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 3ª Delegacia Distrital da Capital de nº 054/16 datada de: 13/05/2016, designou **Perito Oficial Médico Legal 1ª Classe, Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres, Mat.: 157.636-4** para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: **JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: ignorado, 36 anos, natural de: São Miguel de Taipu/PB, sexo: masculino, Raça/cor: pardo, filho/a de: João Batista de Souza e Maria Elias Ribeiro, residente na Rua Gildo Nóbrega, 26 centro Pilar/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

**HISTÓRICO:** Conta o sr. José Ribeiro de Souza, irmão da vítima, que esta conduzia sua motocicleta na data de 08/05/2016, pelas 18h00min na estrada PB de Pilar para São Miguel de Taipu, vindo a cair no asfalto, tendo sido trazido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, vindo a falecer na data de hoje.

SINCUR/PB

Exame realizado em: 14/05/2016 às 10:50h.

22 SET. 2017

**INSPEÇÃO EXTERNA:** Às 10:50 horas do dia 14/05/2016 é apresentado para exame o cadáver de sexo masculino; de cor branca; com estatura 170cm; de compleição física normolínea; apresentando estado de nutrição bom, com estado corporal de conservação bom. Desnudo no momento do exame. Rigidez cadavérica presente e generalizada. Livores e hipóstases: presença de hipóstases ventrais e livores dorsais. Condição de análise pericial: boas. Face: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Pálpebras: ocluídas. Globos oculares exibindo córneas: pálidas e desidratadas. Pupilas: midríáticas. Íris: castanha. Escleróticas: pálidas. Conjuntivas: pálidas. Dos condutos auditivos; narinas tamponadas por algodão da boca: não surdem secreções. **EXAME OFICIAL PERICIAL ODONTOLOGICAL ANEXO.** **PESCOÇO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **TÓRAX:** ferimento punctório em região infraclavicular direita consistente com alces venoso central. **ABDOME:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **GENITÁLIA EXTERNA:** flictemas hemáticas em escroto. **MEMBROS SUPERIORES:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **MEMBROS INFERIORES:** amputação cirúrgica de membro inferior direito ao nível do quadril. **DORSO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **INSPEÇÃO INTERNA:** Polo encefálico: realizada incisão bimastróideia, rebatidos os retalhos anterior e posterior, constatou-se no couro cabeludo: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **ABÓBODA CRANIANA:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais; Retirado o encéfalo e realizada a sua secção, constatou-se: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se: íntegra. **PESCOÇO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **CAVIDADE TORACOABDOMINAL:** Realizada incisão: fúrculo-pubiana e dissecados os planos músculo cutâneos: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **TÓRAX:** trombos crônicos

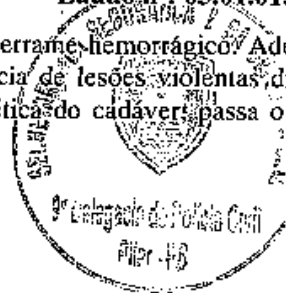
Página 1 de 2  
Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres  
Perito Oficial Médico Legal 1ª Classe  
Mat.: 157.636-4 SINCUR/PB 5673  
Laudo Cadavérico: 03.01.01.052016.03737



OSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Laudonº: 03.01.01.052016.0372

fibrinosos ocluindo ramos principais da artéria pulmonar. Derrame hemorrágico. Aderência pleur esquerda. Hepatização do pulmão direito. ABDOME: ausência de lesões violentas dignas de not periciais. Terminada a necropsia é, após a reconstituição estética do cadáver, passa o Perito Oficial Médico Legal a responder aos quesitos oficiais:



**RESPOSTAS AOS QUESITOS OFICIAIS:**

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? TROMBOEMBOLISMO
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTUR OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? PREJUDICADO.

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pel perito anteriormente nomeado.

Dr. Flávio Fabres  
Perito Oficial Médico Legal  
Matrícula: 157.636-4 CRM/PB 5673

SINCOR/PB

22 SET, 2017

Página 2 de 2  
Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabre  
Perito Oficial Médico Legal - Class  
Mat.: 157.636-4 CRM/PB 5673  
Laudo Cadavérico: 03.01.01.5 2016.373





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 323416

## LAUDO TANATOSCÓPICO

### Secção de Odontologia

Data do exame: 14/05/2016 Hora do exame: 10:50

Órgão Requisitante: 3ª Delegacia Distrital da Capital. Nº da Solicitação: 054/16. Autoridade Solicitante: José Anselmo de Lucena. Nome: JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, 36 anos, filho(a) de: João Batista de Souza e de: Maria Elias Ribeiro. Sexo: masculino. Estado civil: ignorado. Nacionalidade: brasileira. Natural de: São Miguel de Taipu/PB. Profissão: agricultor(a).

#### DADOS CARACTERÍSTICOS:

Rosto: redondo. Sobrancelhas: semi-retas. Pálpebras: fechadas. Íris: prejudicado. Cor: parda. Pupilas: prejudicado. Conjuntivas: prejudicado. Nariz: mesorrino. Boca: grande. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem.

D								Dentes Permanentes								E							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								

D					Dentes Decíduos					E					Códigos	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							

● - Restauração  
O - Cárie  
X - Extração  
RR - Resto radicular  
A - Ausente  
H - Hígido

SINCOR/PB

22 SET. 2017





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 919435



### Identificação do paciente

Nome <b>JOSE ANTONIO REBEIRO DE SOUZA</b>		Sexo <b>Masculino</b>	
ID <b>1035661</b>	Idade <b>36 anos 7 meses 17 dias</b>	Estado civil <b>Região</b>	Prontuário
Data de nascimento <b>24/09/1979</b>			
Mãe <b>MARIA ELIAS RIBEIRO</b>		Pai <b>JOSE BATISTA DE SOUSA</b>	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>986581965</b>	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento	RFP Cts	
Local de procedência <b>SÃO MIGUEL DE TAÍPU</b>		Tipo <b>MUNICÍPIO</b>	UF <b>PB</b>
E-mail	Naturalidade <b>TAÍPUIANA</b>	CBOIR	
Endereço			
CEP <b>58338000</b>	Município de residência <b>PILAR</b>	UF <b>PB</b>	Estado <b>PARAÍBA</b>
Número <b>S/N</b>	Complemento	Data <b>22 DE SET 2017</b>	

### Admissão

Data e Hora Prevista <b>11/05/2016 20:16:02</b>	Nome de pulseira <b>100005416138</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIAO GERAL</b>	Clinica <b>CLINICA TRAUMA E GERAL</b>	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente

### Indicadores e Transporte

Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Modo de transporte <b>AMBULANCIA</b>	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA ____ mmHg	Pulso ____	Temperatura ____
-----------------	---------------	---------------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
<p><i>amput. MID</i> <i>12105</i> <i>DE</i> <i>NS</i> <i>FA</i></p> <p><i>distúrbio de consciência</i> <i>12105 (2017) MID</i> <i>DE</i> <i>NS</i> <i>FA</i></p>						
Diagnóstico						CD
Atendido por <b>GABRIELA GOMES CAVALCANTE ALENCAR</b>						Tempo <b>04min 43seg</b>

Imprimir

11/05/2016 20:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 15:34:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815344426800000037377683

Número do documento: 21020815344426800000037377683

Num. 39212504 - Pág. 37

avulsa 28.30

Fui chamada ao S. Serviço, para efetuar  
exame pela Otorrinolaringologia. Encontrei o paciente  
apresentando, seções, a gangrena gástrica  
de todo o mte. Tendo sido realizada,  
desarteculando como amarelo. No fim  
for encaminhado para UTI.

Maria de A. Gomes  
Médica  
CRM 3760

Cir. vascular

Prócr.

21.7.04.

12105116

Gustavo, 18 anos, com história de AVC e NOVA AMOTIVAÇÃO  
Paciente apresentando síndrome gástrica  
em todo o abdômen.

Cr) no globo de 12mm x 70.

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgia Vascular e  
Rad. Intervencionista  
CRM 3794



# Guia de Remoção de Cadáveres

10/10/10

Condições: 2.3.2 ( ) Trabalho 2.3.3 ( ) Em domicílio 2.3.4 ( ) Outros 2.3.5 ( ) Outros

Condições: Agente ou Fonte da Morte Violenta

Tipo/Instrumento: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Enforcamento ( ) Afogamento  
( ) Queimaduras ( ) Choque Elétrico ( ) Espancamento ( ) Queda de Nível  
Outros: Qual Arma de Fogo

Uso de Droga: Qual Alcool

Modo: ( ) Agressão Física ( ) Assalto ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual ( ) Ignorado

Outros: Qual

Informações do Serviço Médico

( ) Chegou sem vida ao serviço ( ) Faleceu ao receber os primeiros socorros

( ) Faleceu durante o internamento: 2 Dias

Faleceu no: ( ) Pré-Operatório ( ) Trans-Operatório ( ) Pós-Operatório

( ) Apresentado ao chegar no hospital: Apresentado ao chegar no hospital

Lesões apresentadas em regiões do corpo: Lesões apresentadas em regiões do corpo

O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico ( ) Sim ( ) Não

Síntese da história clínica: Síntese da história clínica

Atendimento realizado no hospital: Atendimento realizado no hospital

( ) Clínico, Medicação utilizada: Medicação utilizada

( ) Cirúrgica, tipo de cirurgia: Cirurgia

Retirada de corpo estranho: ( ) Sim ( ) Não (se retirado enviar ao IML)

Exames complementares de relevância: Exames complementares de relevância

Hipóteses Diagnósticas formuladas: Hipóteses Diagnósticas formuladas

Outras informações que julgar necessário: Outras informações que julgar necessário

Exames complementares de relevância: Exames complementares de relevância

Pessoa: 1.7.5

Dr. Thiago Catão  
Terapia Intensiva  
CRM-PB: 9685





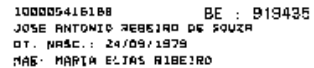
# Guia de Remoção de

VERSÃO 1.0

ENCAMINHAMENTO		DATA DO ÓBITO	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) IML	( ) SVO	HORA: 15:10	DATA: 02/02/2021
I- Unidade Hospitalar: H. E. T. S. M.			
Registro: 11.115.7			
Endereço: R. Orestes Moreira Silva, 100, J. 2, 13			
II- Identificação do Cadáver			
Nome: JOSE AUGUSTO ROBERTO		Idade Provável: 23-12-1	
Sexo: M	Cor: BRANCA	Cor dos Cabelos: PRETO	Ocupação:
Cestante: ( ) Sim ( ) Não ( ) IGN Sinais Particulares:			
Tatuagens: ( ) Local:			
Residência: R. Orestes Moreira Silva, 100, J. 2, 13		N. S. A. Apto:	
Município: P. 13			
Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Pai Ocupação Habitual:			
Mãe Ocupação Habitual:			
Pai Grau Instrução: ( ) Nenhuma ( ) Fundamental ( ) 2º Grau ( ) Superior ( ) IGN			
Mãe Grau Instrução: ( ) Nenhuma ( ) Fundamental ( ) 2º Grau ( ) Superior ( ) IGN			
N de Filhos: Nascidos Vivos Nascidos Mortos Total:			
Duração da Gestação em Semanas: ( ) Menores de 20 ( ) de 20 a 27 ( ) de 28 ou Mais ( ) Ignorado			
Gravidez: ( ) Única ( ) Dupla ( ) Tríptica ( ) Mais de 03 ( ) IGN			
Parto: ( ) Espontâneo ( ) Operatório ( ) Fórceps ( ) IGN			
Morte (em relação ao parto): ( ) Antes ( ) Durante ( ) Depois ( ) IGN			
Para menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: 2 ( ) IGN			
III- Local de Ocorrência do Óbito			
( ) Residência ( ) Via Pública ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Hospital ( ) Trabalho ( ) Outros ( ) Ignorado			
Endereço: R. Orestes Moreira Silva, 100, J. 2, 13			
IV- Circunstâncias em que Ocorreu a Morte: 1 ( ) Morte Natural 1.1 ( ) Agênica 1.2 ( ) Súbita			
2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Morte Violenta 2.1 ( ) Homicídio 2.3.1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trânsito ( ) Passageiro ( ) Capotamento			
2.2 ( ) Suicídio ( ) Pedestre (atropelamento) ( ) Colisão			
2.3 ( ) Acidente ( ) Outros ( ) ING			

SECRETARIA DE SAÚDE





**VERMELHA  
BRASILEIRA**

END GILDO VONNEOR  
N. 5/M - CENTRO  
PILAR  
[FONE {}  
CELULAR: (03) 988561965  
IDADE: 36  
QT. ENTRADA: 11/05/2016 20:16:32

**IMAGE:**

[illegible]

VLAS

Enfermedades ( ) Obstruidas

**CERVICAL IMOBILIZADA:** ☐ Sim ☐ Não

**VENTILAÇÃO:**

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

**AUSCULTA PULMONAR:**

### 1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

☐ Rude

HTD	( ) Normal
	( ) Diminuída

	( ) Diurno
	( ) Ausente

 Presente e normal

☐ Rude

HTE - ( ) Diminuido

( ) Ausente

**FLUIDOS**
$$L_{\sim} \{ \} \text{sim}$$

HTD - Sibilos  
Estertores

HTE	Sibilos
	Estertores

{ } Neo

info

SiO <sub>2</sub>	%
------------------	---

### DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupila: 1 Fotoreagente

( ) Paralisadas

( ) Isocóricas

{ } Anisocôricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

**Escala de Glasgow:**

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA ( <u>&lt;4anos</u> )	MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)
				Nenhuma
TOTAL:	15			

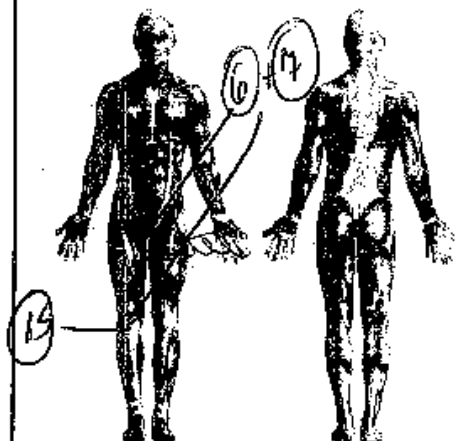
F(NG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Erisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorrágia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorrágia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias de Bacia/coxa + joelhos ⑤

☐ Ultrassonografia (FAST)

☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritonial

☐ Gasometria arterial

☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. 1º. Dor abdominal em Zumbido		
2. SRI 500 mg, cv		
3. Nitrogênio 10 mg de Am + 100 mg de		
4. Diproano 01 mg + 100 mg		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de Cláudio às 21:00 do dia 11/05/16

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA: \_\_\_\_\_  
 SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico  
☐ Transferência (unidade de saúde)  
☐ Internado (setor)  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica: ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ HML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F[NG].CC.001-1..





## METHODS

Médien:

Reposição: \_\_\_\_\_

Caixa Pronta: \_\_\_\_\_

22 SEP. 2017

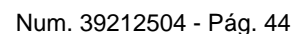
~~Dr. K. Raju Assistant Professor~~

CATETER PARA SUBCLÁVIA DA CVC  
CÓDIGO: C70208N LOTE: 275313  
REG. ANVISA: 10190920017  
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
www.biomedical.ind.br  
11 3944-9555

REF ID: A61423

John Paulino Yaula V. A.

F(NG):APC.013-2





SUS

Sistema  
Unico de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO 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

HETSAZ

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HETSAZ

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Antônio Ribeiro do Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

919935

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Márcia Elias Ribeiro

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

Desarticulação do joelho femoral

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

22/SET. 2007

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

Cateter para subclavária da unidade

CATETER PARA SUBCLÁVIA D/L CVC  
CÓDIGO: C7D20BN LOTE: 275318  
REG. ANVISA: 10196320017  
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
www.biomedical.ind.br  
11 3944 - 5555

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1 - CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 - CNS ( ) CPF

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

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





**SUS** Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 2/2

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTD.
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTD.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD.
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD.
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD.

**98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)**

Área reservada para a justificativa da solicitação.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ORTESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

IDA-3647M.

51-01

Número: 919435

Principal: José Antonio Ribero de Souza

Procedimento: Realizado Debridamento do Flemono Virulento

Medição: 12. Carlos Maranhão

Date: / /

Casey Proulx

[illegible][illegible]

ASSINATURA DO MÚLICO - CRM

FRANCISCO  
XAVIER  
8626

ASSINATURA ENTRO IL 15/05/2015


ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Enfermeira Costa de Sousa Castro  
Téc. Enfermagem  
COREN 917107 Mar. 3/0





SL-1 Anexo II

	<p><b>SUS</b> Sistema Único de Saúde</p>	<p>Ministério da Saúde</p>	<p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b></p>	<p>Folha 1/2</p>
<p><b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b></p>			<p>2 - CNES</p>	
<p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</p> <p>H.E.E.T</p>			<p>4 - CNES</p>	
<p>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</p> <p>H.E.E.T</p>				
<p><b>Identificação do Paciente</b></p>			<p>5 - Nº DO PRONTUÁRIO</p> <p>939435</p>	
<p>6 - NOME DO PACIENTE</p> <p>JOSE Antonio Ribeiro de Souza</p>			<p>8 - DATA DE NASCIMENTO</p> <p>11/11/1966</p>	
<p>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</p>			<p>9 - SEXO</p> <p>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p>	
<p>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</p>			<p>11 - TELEFONE DE CONTATO</p>	
<p>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</p>			<p>14 - CDD. BGE. MUNICÍPIO</p>	
<p>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</p>			<p>15 - UF</p>	
			<p>16 - CEP</p>	
<p>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</p>				
<p><b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b></p>				
<p>18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</p>			<p>19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR</p>	
<p>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</p>			<p>21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA</p>	
<p>22 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p>			<p>23 - CID 10 PRINCIPAL</p>	
			<p>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</p>	
			<p>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p>	
<p><b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b></p>				
<p>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</p>			<p>27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</p>	
<p>28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</p> <p><input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III</p>				
<p>29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>			<p>30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>	
<p>32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>			<p>33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>	
<p>35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>			<p>36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</p>	
			<p>37 - QIDE</p>	
<p>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</p> <p>1 kit de PAM</p> <p style="text-align: right;">SINCOR/PB 22 SET. 2017</p>				
<p><b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b></p>				
<p>39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>			<p>40 - DATA DA SOLICITAÇÃO</p>	
<p>41 - DOCUMENTO</p>			<p>42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>	
<p>43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>FRANCISCO TAV. FERREIRA</p>				
<p><b>AUTORIZAÇÃO</b></p>				
<p>44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>			<p>45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR</p>	
<p>47 - DOCUMENTO</p>			<p>48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>	
<p>49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p>			<p>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p>	





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 2/2

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - Cód. do Procedimento Especial	52 - QTD
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - Cód. do Procedimento Especial	55 - QTD
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - Cód. do Procedimento Especial	58 - QTD
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - Cód. do Procedimento Especial	61 - QTD
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - Cód. do Procedimento Especial	64 - QTD
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - Cód. do Procedimento Especial	67 - QTD
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - Cód. do Procedimento Especial	70 - QTD
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - Cód. do Procedimento Especial	73 - QTD
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - Cód. do Procedimento Especial	76 - QTD
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - Cód. do Procedimento Especial	79 - QTD
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - Cód. do Procedimento Especial	82 - QTD
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - Cód. do Procedimento Especial	85 - QTD
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - Cód. do Procedimento Especial	88 - QTD
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - Cód. do Procedimento Especial	91 - QTD
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - Cód. do Procedimento Especial	94 - QTD
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - Cód. do Procedimento Especial	97 - QTD

**98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)**

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



- 4 - CNES

- 16 - CEF

## 75 - CID 12 CALSAS ASSOCIATES

## 07 Cód. do Procedimento Principal

DIÁRIA DE UT: TIPO III

∴ CIGC

4-CTDE

7-CTDE

22 SEP. 2017

## 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

[illegible]

## r 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
2/2

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - Cód. do procedimento especial	52 - QTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - Cód. do procedimento especial	55 - QTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - Cód. do procedimento especial	58 - QTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - Cód. do procedimento especial	61 - QTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - Cód. do procedimento especial	64 - QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - Cód. do procedimento especial	67 - QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - Cód. do procedimento especial	70 - QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - Cód. do procedimento especial	73 - QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - Cód. do procedimento especial	76 - QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - Cód. do procedimento especial	79 - QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - Cód. do procedimento especial	82 - QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - Cód. do procedimento especial	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - Cód. do procedimento especial	88 - QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - Cód. do procedimento especial	91 - QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - Cód. do procedimento especial	94 - QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - Cód. do procedimento especial	97 - QTDE

## 98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOÃO ANTÔNIO R. DE SOUZA BE/Prontuário: 919  
Idade: 36 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 12/05/16  
Clínica/Setor: CIR. VASCU. EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: DESMEMBRAMENTO  
Cirurgião: Carlos Maranhão 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Gangrena Ganglions em COTO</u>	
<u>DE AMPUTADO</u>	

JINCUR/PB  
2 SET. 2017

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>DESMEMBRAMENTO C-6/10</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

História de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ☒ Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgia Vascular  
Rad. Intervencionista  
CRM-PB 61134

João Pessoa, 12/05/16

F(NG).ASCJR 009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

UFET 591

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito dorsal Alte. PEIS + A. T. H. PEIS. COTO M. P. U. M. O. A. P. O. S. I. C. I. O. N. O. E. S. T. A. V. I. S. O.
Incisão:
Ressecção de tumor de tecido absolutamente. União no coto. C. E. F. U. 91.
Achados:
Condução:
Fechamento:
Observação:

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgião Geral e  
Rad. Intervencionista  
CRM-28.5794

João Pessoa, 12/05/16

Médico/CRM:

Dr. Carlos Maranhão  
Cirurgião Geral e  
Rad. Intervencionista  
CRM-28.5794

FNCG-ASCIR-009-1





DATA: 2/5/6

PRONTUÁRIO:

ASSIGNMENT TO ANOTHER POST  
**Patrick A. 8518**  
220500  
CRM-PB 6408

F.JNGI.ASCIF.C2G.1







CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



SINCUR

Nome: Jose Antonio R. de Sousa BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11/05/16  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Desbridamento coto femoral  
Cirurgião: Ass. Maria do L. 1º Assistente: Dr. Bruno Torres  
2º Assistente: Dr. Fleury 3º Assistente: Dr. R. V. V.  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CTD
<u>Gangrena coto femoral</u>	

SINCUR/PB

22 SET 2017

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Desbridamento coto femoral</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 11/05/16

F(NG).ASCIR.008-1





РЕЗУЛТАТИ

[illegible]





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade

CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31

ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: Antônio Rêgina M. 30/03/1981

PROFISSÃO: Gênero Masculino DOCUMENTO:

ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

CÓDIGO (RG) MUNICÍPIO: 8985800015231

DATA DO NASCIMENTO: 30/03/1981 DATA DO ATENDIMENTO:

CPF:

NOME DA MÃE:

TELEFONE:

#### RAÇA / COR

- ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARDAS  
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

#### ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Paciente com quadro de ansiedade  
em nível D

#### EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PA-130 x 90

#### RESULTADOS:

#### MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. Glicose 1 cap jar  
2. Vitamina 1 cap jar  
3. Dexamet 1 cap jar  
4.

#### CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO.  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.  
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

#### PROCEDIMENTO - descrição:

#### DIAGNÓSTICO:

CID-10

#### MEDICAÇÃO:

- ☐ PRESCRITA  
☐ APLICADA

#### ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA  
☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ ÓBITO ☐ OUTROS

#### SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1- 0301100064  
2- 0301100072  
3- 0301100019

#### ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU SOU O A DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE ITAIBAIANA

## Serviço Social

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data	
Paciente	Rogério Antônio Pinheiro Souza		
Origem			
Solicitante		Clinica	

#### Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima queda motocicleta há 3 dias. Não foi realizado RX ou análises ortopédicas em seu membro superior no dia do acidente. Evolui com edema importante em MMII. Dor intensa. Necessitando Analises Ortopédicas.

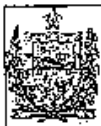
*[Assinatura]*  
SUELIO MOREIRA TORRES  
R. 6002  
CIV. 48.9221

#### Medicação administrada

#### Encaminhamento para:

#### Serviço Social





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA**

Paciente: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Idade: 36a

Data do exame: 11-05-2016

**RADIOGRAFIA DA BACIA**

Ausência de sinais de fratura.

SINCUR/PB

22 SET. 2017

Dr. Methodio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n  
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB

CEP: 58.360-000

Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31  
ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro  
MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB  
NOME: Jose Antonio Ribeiro PACIENTE de 36 anos SEXO: M IDADE: 36 anos  
PROFISSÃO: agente de saúde DOCUMENTO: 285.005  
ENDEREÇO: R. São João, 26  
MUNICÍPIO: São João do Rio ESTADO: Paraíba UF: PB  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 285005 CNS: 4086040132311  
DATA DO NASCIMENTO: 24/07/79 DATA DO ATENDIMENTO: 08/02/2021  
CPF: 0810576  
NOME DA MÃE: M.ª Eliana Ribeiro  
TELEFONE:

RAÇA / COR  
☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARD  
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

**ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)**

paciente apresentando com  
história de uso de  
medicamento para  
epilepsia

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)**

NENHUM  
RESULTADOS:  
na 130/80

**MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:**

1. Medicamento  
2.   
3.   
4.

**CARÁTER DO ATENDIMENTO**

☒ 01 - ELETIVO.  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRES  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.  
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

**PROCEDIMENTO - descrição:**

Atendimento de emergência  
para controle de crises  
epilépticas

**DIAGNÓSTICO:**

Crise epiléptica CID-10 R56.9

**MEDICAÇÃO:**

☐ PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA  
☐ APLICADA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1. 0401010101010101  
2. 0401010101010101  
3. 0401010101010101

**ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo**

CNS  CBO  CRM

**ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL**

**OU POLÍCIA R. DIREITO**

**ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo**

**ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo**





EVOLUÇÃO CLÍNICA

LIMITE MÁXIMO DE PERMANÊNCIA  
12 HORAS

MÉDICO

ENFERMEIRO

DDI. Solicita-se internar  
no NAI proximo dia para  
realizar a de furo de  
dentes.

*[Assinatura]*

08/05/16

Dr. Marcelo S. de Carvalho  
Médico  
CRM: 8597 PB



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11729834

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00913/00914 - carta\_03



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11729906

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data Acidente: 08/05/2016  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01511/01512 - carta\_01



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730001

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00915/00916 - carta\_03



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730008

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17  
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
Data Acidente: 08/05/2016  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01513/01514 - carta\_01



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730140

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522587 ASL-0371008/17  
**Vitima:** JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 08/05/2016  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01515/01516 - carta\_01

