



Número: **0801595-50.2018.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/11/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MICHELIE VIEIRA BANDEIRA (AUTOR)	ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32665 689	27/07/2020 10:58	<u>Contestação</u>	Contestação
32666 114	27/07/2020 10:58	<u>2737212_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos
32666 117	27/07/2020 10:58	<u>2737212_CONTESTACAO_Anexo_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710581985700000031284712>
Número do documento: 20072710581985700000031284712

Num. 32665689 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200196258 **Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS**

Data do Acidente: 07/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196258

Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

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, contados 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

Carta nº 15824306



Pag. 00227/00228 · carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582075400000031285284>
Número do documento: 20072710582075400000031285284

Num. 32666114 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**

Nº Sinistro: **3180326542**
Vitima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Data do Acidente: **18/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180326542**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13124319

Pag. 01347/01348 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**

Nº Sinistro: **3180326542**

Vitima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**

Data do Acidente: **18/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180326542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01047/01048 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13130438





Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vitima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180326542**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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, MÍSTICAS VÍTIMAS BONDEIRAS

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.978.695 EXPEDIDO POR SSP - P2 EM 01/02/02 E

CPF PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

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 aparecerão 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 POUPIANÇA 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
 - 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 dígitos, se existir)	Nº da CONTA (com dígitos, se existir)
--------------------	--	--

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº da BANCO 023-0 Nº da AGÊNCIA (com dígitos se existir) 043 Nº da CONTA (com dígitos se existir) 00028841-3

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

Pousal, 18 de AGOSTO de 2017

and $\beta^2 = \alpha^2 + \gamma^2$.

MEETING THE DC REQUIREMENT

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.





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL **3170640823** CPF da Vítima **056 924 434-06** Nome completo da vítima **MICHELE VIEIRA BANDEIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MICHELE VIEIRA BANDEIRA	CPF titular da conta 056 924 434-06	Profissão DESEMPREGADA
Endereço R: MARIA DE FATIMA F. FRANCA DE ALMEIDA	Número 345	Complemento D
Raímo VILA NOVA	Cidade TOUBAL	Estado TAMARIBA
Email nicolene.silva@bol.com.br	CEP 58840-000	Telefone (DDD) (083) 9 9679 0783

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0732	DN 013	CONTA NRO. 00028841-3	DN 01/21
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nro. _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. _____ DN. _____ CONTA NRO. _____ DN. _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Toobal, 07 de Junho de 2018
Local e Data

Michelle Vieira Bandeira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





2020-07-27 10:58:21 - Assinado por SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado por SUELIO MOREIRA TORRES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>
Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 6

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 608/2



Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: 18/08/2017 – por volta das 09:20horas

Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017 – 10:10Horas**

COMUNICANTE: MICHELIÉ VIEIRA BANDEIRA, Filiação: Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/**Portador de RG n° 2.978.695 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: MNH0705/PB – CHASSI: 9C2JD20105R011480, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veiculo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas dc: TALLES FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: A comunicante está científica das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Micheleié Vieira Bandeira

Tes. Talles Formiga do Nascimento Jr

Tes. Francisco de Assis Barbosa Brito

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

27/11/2017 11:21 -000009386 SEGURANÇA LIDER DEPART.....
SEGURANÇA LIDER DEPART 5-17/10/2017 10:20 - 000000277056





DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

**3^ª Superintendência Regional
19^ª Delegacia Seccional
2^ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PA**

**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 608/2

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: 18/08/2017 – por volta das 09:20horas

Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08/09/2017 - 10:10 Horas

COMUNICANTE: MICHELIÉ VIEIRA BANDEIRA, Filiação: Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; Profissão: autônomo; Estado Civil: união estável; Naturalidade: João Pessoa-PB; Nacionalidade: brasileira; Data de Nascimento: 21/12/1985; Endereço Residencial: Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal -PB; //; Telefone: 83 996421991/Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS - COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** - CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, com seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLES FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Percira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins dc direito.

Pombal - PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: A comunicante está cientificada das imputações combinadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: elidilis viana Bandeira

Test. Tellus Foreigna ab Norvegia fr.

Tes. Francis G. Peña, Barbara Butto

infacador
Maurício de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, MICHAEL VIEIRA BANDEIRA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na Rua M. DE FÁTIMA F. FRANCA Bairro São José Cidade POMBAL, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Editorial vision: Bending

**Assinatura do declarante
conforme documento de identificação**

18/08/2011 FOUGAL - PG

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MICHELE VIEIRA BANDEIRA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na Rua MA DE FÁTIMA F. FRANÇA BINHO, bairro Vila 1º de Maio, Cidade POMBAL, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

23/12/2017 11:21 - 000108865 SEGURADORA LÍDER DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277062

Michele Vieira Bandeira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

18/08/2014 POMBAL - PB

Local e data





Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 05

Prefeitura de
POMBAL

Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: <u>18.08.17</u>	Local: <u>Chad</u>	Paciente / Usuário: <u>Michelle Vieira Pandeirinha</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência: <u>Rua Tonhão Nobre</u>		Serviço Regulador: <u>Nova Vida</u>		
Após no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes da Transito		Causa: <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OTRA MOTIVO:		

DESTINO

LOCAL 1: <u>HCP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>DR. DILSON HENRIQUE DE SOUSA NELO</u>	OBS: <u>038</u>
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: <u>CRISTIANE GOMES</u>	OBS: _____

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO	MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO	PATOLOGIA (S):
<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	VACINAS

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HALITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> PALIDO (ICTÉRICO) <input type="checkbox"/> CIANÔTICO <input type="checkbox"/> PELE FRUA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> ECZEMAS (OUTROS: _____)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> TACHIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNÉIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> NM
() RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> ESCF <input type="checkbox"/> PULSOS ANORMAIS <input type="checkbox"/> PULSO PIIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SMC ABDOME: <input type="checkbox"/> ELDOROSO <input type="checkbox"/> PLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RHM: <input type="checkbox"/> RH+
() CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS <input type="checkbox"/> NAUSAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTROS: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLCÍCICA <input type="checkbox"/> ANDRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
() SVO: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> l SMA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> FOGO LOCAL: _____ PARESTESIA LOCAL: _____ PARALISIA LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VVA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUIDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES	TEMPERATURA: <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl
FR: <input type="checkbox"/> Irpm/SpO2 SEM D2: <u>99</u> % / SpO2 COM D2: <u>99</u> %	FC: <u>101</u> bpm PA: <u>160x100</u> mmHg PERFUSÃO: <u>>2s</u> <2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: ENFERMEIRO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

USB 05 acionada para atendimentos de paciente vítima de acidente (colisão moto x carro). O encaminhado em decubito lateral, consciente, verbalizando, queixando-se dor em tornozelo (6) e braço (2). Feitos imobilizações conforme protocolo, colar cervical, prancha rígida, Talas. Feito AVP com SRL. Encaminhado ao HEP. Retornamos a Base.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Gátmia Alves</u>	COREN: <u>265942</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR SOCORRISTA: <u>Hávio Caldas</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): _____	

23/10/2017 11:21 -000108887 SEGURADORA LINEF DRIFT 5 17/10/2017 10:26 -00006077057

RELAÇÃO DOS PERTENÇES:

DOCUMENTOS PESSOAIS	RG	TITULO DE ELEITOR	HABITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CELULAR QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:	
CARTÕES DE CRÉDITO	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	MAPE CARD	OUTROS
CARTÕES DE BANCO	1 2 3 NOME DO BANCO:				
DINHEIRO EM ESPÉCIE	VALOR R\$				
CALÇADOS (MARCA)		PESSOAL (MARCA)		ANEL (QUANTIDADE)	
BRINCOS (QUANTIDADE)		PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTROS:	
DADOS DO RECEBEDOR					
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENÇA:					
SETOR:	FUNÇÃO:				
ASSINATURA DO RECEBEDOR			CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS		QUANT.
MAS 100mg			LCOOL (PINCETA 250ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESTILADA 20ml			ATADURA DE CREPON 15cm		
AMIODARONA			CATETER TIPO ÓCULOS		
ATROPINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTROPIC 25mg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADRAPO		
OMPRONA 12			FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO 95)		
ESCAPOLAMINA (HOSCINA)			GARROTE		
ESCAPOLAMINA COMPOSTA (BUCOPAN COMP)			GASE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)		
FURSÉMIDA			JELCO Nº		
GLICOSE 50%			LANÇOL DESCARTÁVEL		
HITROCORTISONA 100mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑHO		
HIDROCORTISONA 500mg			LUVA ESTÉRIL Nº		
IPRATROPIK GOTAS			MÁSCARA DESCARTÁVEL		
ISOARDIL 5mg			SCALP Nº		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA Nº		
PARACERAMOL GOTAS			SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº		
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO					
TERBUTALINA					
OUTROS					

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:





Prefeitura Municipal de Pombal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa

SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 109.05

Prefeitura de
PORELA

Traumas

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA		Local: <input type="checkbox"/> Ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Crime <input type="checkbox"/> Outro:	Período: <input type="checkbox"/> 07h00-12h00 <input checked="" type="checkbox"/> 12h01-17h00 <input type="checkbox"/> 17h01-22h00 <input type="checkbox"/> 22h01-07h00	Parte: <input type="checkbox"/> Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Autor <input type="checkbox"/> Testemunha	Nome: <input type="checkbox"/> Wald Michellié Helena Bondeina	Idade: <input type="checkbox"/> 31	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local: <input type="checkbox"/> Ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Crime <input type="checkbox"/> Outro:				Nome: <input type="checkbox"/> Vila Johnson Nobre		Município: <input type="checkbox"/> Regulador	
Adulto na Línea: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agencias de Trânsito		QTA: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 101 <input type="checkbox"/> 102 <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 107 <input type="checkbox"/> 108 <input type="checkbox"/> 109 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 114 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 116 <input type="checkbox"/> 117 <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 121 <input type="checkbox"/> 122 <input type="checkbox"/> 123 <input type="checkbox"/> 124 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 126 <input type="checkbox"/> 127 <input type="checkbox"/> 128 <input type="checkbox"/> 129 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 131 <input type="checkbox"/> 132 <input type="checkbox"/> 133 <input type="checkbox"/> 134 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 136 <input type="checkbox"/> 137 <input type="checkbox"/> 138 <input type="checkbox"/> 139 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 141 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 143 <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 146 <input type="checkbox"/> 147 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 149 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153 <input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162 <input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168 <input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171 <input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177 <input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183 <input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186 <input type="checkbox"/> 187 <input type="checkbox"/> 188 <input type="checkbox"/> 189 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 191 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> 193 <input type="checkbox"/> 194 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 196 <input type="checkbox"/> 197 <input type="checkbox"/> 198 <input type="checkbox"/> 199 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 202 <input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208 <input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 221 <input type="checkbox"/> 222 <input type="checkbox"/> 223 <input type="checkbox"/> 224 <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228 <input type="checkbox"/> 229 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245 <input type="checkbox"/> 246 <input type="checkbox"/> 247 <input type="checkbox"/> 248 <input type="checkbox"/> 249 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> 252 <input type="checkbox"/> 253 <input type="checkbox"/> 254 <input type="checkbox"/> 255 <input type="checkbox"/> 256 <input type="checkbox"/> 257 <input type="checkbox"/> 258 <input type="checkbox"/> 259 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> 263 <input type="checkbox"/> 264 <input type="checkbox"/> 265 <input type="checkbox"/> 266 <input type="checkbox"/> 267 <input type="checkbox"/> 268 <input type="checkbox"/> 269 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 271 <input type="checkbox"/> 272 <input type="checkbox"/> 273 <input type="checkbox"/> 274 <input type="checkbox"/> 275 <input type="checkbox"/> 276 <input type="checkbox"/> 277 <input type="checkbox"/> 278 <input type="checkbox"/> 279 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 281 <input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 283 <input type="checkbox"/> 284 <input type="checkbox"/> 285 <input type="checkbox"/> 286 <input type="checkbox"/> 287 <input type="checkbox"/> 288 <input type="checkbox"/> 289 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 291 <input type="checkbox"/> 292 <input type="checkbox"/> 293 <input type="checkbox"/> 294 <input type="checkbox"/> 295 <input type="checkbox"/> 296 <input type="checkbox"/> 297 <input type="checkbox"/> 298 <input type="checkbox"/> 299 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> 302 <input type="checkbox"/> 303 <input type="checkbox"/> 304 <input type="checkbox"/> 305 <input type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> 307 <input type="checkbox"/> 308 <input type="checkbox"/> 309 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 312 <input type="checkbox"/> 313 <input type="checkbox"/> 314 <input type="checkbox"/> 315 <input type="checkbox"/> 316 <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> 318 <input type="checkbox"/> 319 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 321 <input type="checkbox"/> 322 <input type="checkbox"/> 323 <input type="checkbox"/> 324 <input type="checkbox"/> 325 <input type="checkbox"/> 326 <input type="checkbox"/> 327 <input type="checkbox"/> 328 <input type="checkbox"/> 329 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 331 <input type="checkbox"/> 332 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 334 <input type="checkbox"/> 335 <input type="checkbox"/> 336 <input type="checkbox"/> 337 <input type="checkbox"/> 338 <input type="checkbox"/> 339 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 341 <input type="checkbox"/> 342 <input type="checkbox"/> 343 <input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/> 345 <input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/> 347 <input type="checkbox"/> 348 <input type="checkbox"/> 349 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 351 <input type="checkbox"/> 352 <input type="checkbox"/> 353 <input type="checkbox"/> 354 <input type="checkbox"/> 355 <input type="checkbox"/> 356 <input type="checkbox"/> 357 <input type="checkbox"/> 358 <input type="checkbox"/> 359 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> 361 <input type="checkbox"/> 362 <input type="checkbox"/> 363 <input type="checkbox"/> 364 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/> 366 <input type="checkbox"/> 367 <input type="checkbox"/> 368 <input type="checkbox"/> 369 <input type="checkbox"/> 370 <input type="checkbox"/> 371 <input type="checkbox"/> 372 <input type="checkbox"/> 373 <input type="checkbox"/> 374 <input type="checkbox"/> 375 <input type="checkbox"/> 376 <input type="checkbox"/> 377 <input type="checkbox"/> 378 <input type="checkbox"/> 379 <input type="checkbox"/> 380 <input type="checkbox"/> 381 <input type="checkbox"/> 382 <input type="checkbox"/> 383 <input type="checkbox"/> 384 <input type="checkbox"/> 385 <input type="checkbox"/> 386 <input type="checkbox"/> 387 <input type="checkbox"/> 388 <input type="checkbox"/> 389 <input type="checkbox"/> 390 <input type="checkbox"/> 391 <input type="checkbox"/> 392 <input type="checkbox"/> 393 <input type="checkbox"/> 394 <input type="checkbox"/> 395 <input type="checkbox"/> 396 <input type="checkbox"/> 397 <input type="checkbox"/> 398 <input type="checkbox"/> 399 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 401 <input type="checkbox"/> 402 <input type="checkbox"/> 403 <input type="checkbox"/> 404 <input type="checkbox"/> 405 <input type="checkbox"/> 406 <input type="checkbox"/> 407 <input type="checkbox"/> 408 <input type="checkbox"/> 409 <input type="checkbox"/> 410 <input type="checkbox"/> 411 <input type="checkbox"/> 412 <input type="checkbox"/> 413 <input type="checkbox"/> 414 <input type="checkbox"/> 415 <input type="checkbox"/> 416 <input type="checkbox"/> 417 <input type="checkbox"/> 418 <input type="checkbox"/> 419 <input type="checkbox"/> 420 <input type="checkbox"/> 421 <input type="checkbox"/> 422 <input type="checkbox"/> 423 <input type="checkbox"/> 424 <input type="checkbox"/> 425 <input type="checkbox"/> 426 <input type="checkbox"/> 427 <input type="checkbox"/> 428 <input type="checkbox"/> 429 <input type="checkbox"/> 430 <input type="checkbox"/> 431 <input type="checkbox"/> 432 <input type="checkbox"/> 433 <input type="checkbox"/> 434 <input type="checkbox"/> 435 <input type="checkbox"/> 436 <input type="checkbox"/> 437 <input type="checkbox"/> 438 <input type="checkbox"/> 439 <input type="checkbox"/> 440 <input type="checkbox"/> 441 <input type="checkbox"/> 442 <input type="checkbox"/> 443 <input type="checkbox"/> 444 <input type="checkbox"/> 445 <input type="checkbox"/> 446 <input type="checkbox"/> 447 <input type="checkbox"/> 448 <input type="checkbox"/> 449 <input type="checkbox"/> 450 <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> 452 <input type="checkbox"/> 453 <input type="checkbox"/> 454 <input type="checkbox"/> 455 <input type="checkbox"/> 456 <input type="checkbox"/> 457 <input type="checkbox"/> 458 <input type="checkbox"/> 459 <input type="checkbox"/> 460 <input type="checkbox"/> 461 <input type="checkbox"/> 462 <input type="checkbox"/> 463 <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> 465 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> 468 <input type="checkbox"/> 469 <input type="checkbox"/> 470 <input type="checkbox"/> 471 <input type="checkbox"/> 472 <input type="checkbox"/> 473 <input type="checkbox"/> 474 <input type="checkbox"/> 475 <input type="checkbox"/> 476 <input type="checkbox"/> 477 <input type="checkbox"/> 478 <input type="checkbox"/> 479 <input type="checkbox"/> 480 <input type="checkbox"/> 481 <input type="checkbox"/> 482 <input type="checkbox"/> 483 <input type="checkbox"/> 484 <input type="checkbox"/> 485 <input type="checkbox"/> 486 <input type="checkbox"/> 487 <input type="checkbox"/> 488 <input type="checkbox"/> 489 <input type="checkbox"/> 490 <input type="checkbox"/> 491 <input type="checkbox"/> 492 <input type="checkbox"/> 493 <input type="checkbox"/> 494 <input type="checkbox"/> 495 <input type="checkbox"/> 496 <input type="checkbox"/> 497 <input type="checkbox"/> 498 <input type="checkbox"/> 499 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 501 <input type="checkbox"/> 502 <input type="checkbox"/> 503 <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> 505 <input type="checkbox"/> 506 <input type="checkbox"/> 507 <input type="checkbox"/> 508 <input type="checkbox"/> 509 <input type="checkbox"/> 510 <input type="checkbox"/> 511 <input type="checkbox"/> 512 <input type="checkbox"/> 513 <input type="checkbox"/> 514 <input type="checkbox"/> 515 <input type="checkbox"/> 516 <input type="checkbox"/> 517 <input type="checkbox"/> 518 <input type="checkbox"/> 519 <input type="checkbox"/> 520 <input type="checkbox"/> 521 <input type="checkbox"/> 522 <input type="checkbox"/> 523 <input type="checkbox"/> 524 <input type="checkbox"/> 525 <input type="checkbox"/> 526 <input type="checkbox"/> 527 <input type="checkbox"/> 528 <input type="checkbox"/> 529 <input type="checkbox"/> 530 <input type="checkbox"/> 531 <input type="checkbox"/> 532 <input type="checkbox"/> 533 <input type="checkbox"/> 534 <input type="checkbox"/> 535 <input type="checkbox"/> 536 <input type="checkbox"/> 537 <input type="checkbox"/> 538 <input type="checkbox"/> 539 <input type="checkbox"/> 540 <input type="checkbox"/> 541 <input type="checkbox"/> 542 <input type="checkbox"/> 543 <input type="checkbox"/> 544 <input type="checkbox"/> 545 <input type="checkbox"/> 546 <input type="checkbox"/> 547 <input type="checkbox"/> 548 <input type="checkbox"/> 549 <input type="checkbox"/> 550 <input type="checkbox"/> 551 <input type="checkbox"/> 552 <input type="checkbox"/> 553 <input type="checkbox"/> 554 <input type="checkbox"/> 555 <input type="checkbox"/> 556 <input type="checkbox"/> 557 <input type="checkbox"/> 558 <input type="checkbox"/> 559 <input type="checkbox"/> 560 <input type="checkbox"/> 561 <input type="checkbox"/> 562 <input type="checkbox"/> 563 <input type="checkbox"/> 564 <input type="checkbox"/> 565 <input type="checkbox"/> 566 <input type="checkbox"/> 567 <input type="checkbox"/> 568 <input type="checkbox"/> 569 <input type="checkbox"/> 570 <input type="checkbox"/> 571 <input type="checkbox"/> 572 <input type="checkbox"/> 573 <input type="checkbox"/> 574 <input type="checkbox"/> 575 <input type="checkbox"/> 576 <input type="checkbox"/> 577 <input type="checkbox"/> 578 <input type="checkbox"/> 579 <input type="checkbox"/> 580 <input type="checkbox"/> 581 <input type="checkbox"/> 582 <input type="checkbox"/> 583 <input type="checkbox"/> 584 <input type="checkbox"/> 585 <input type="checkbox"/> 586 <input type="checkbox"/> 587 <input type="checkbox"/> 588 <input type="checkbox"/> 589 <input type="checkbox"/> 590 <input type="checkbox"/> 591 <input type="checkbox"/> 592 <input type="checkbox"/> 593 <input type="checkbox"/> 594 <input type="checkbox"/> 595 <input type="checkbox"/> 596 <input type="checkbox"/> 597 <input type="checkbox"/> 598 <input type="checkbox"/> 599 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 601 <input type="checkbox"/> 602 <input type="checkbox"/> 603 <input type="checkbox"/> 604 <input type="checkbox"/> 605 <input type="checkbox"/> 606 <input type="checkbox"/> 607 <input type="checkbox"/> 608 <input type="checkbox"/> 609 <input type="checkbox"/> 610 <input type="checkbox"/> 611 <input type="checkbox"/> 612 <input type="checkbox"/> 613 <input type="checkbox"/> 614 <input type="checkbox"/> 615 <input type="checkbox"/> 616 <input type="checkbox"/> 617 <input type="checkbox"/> 618 <input type="checkbox"/> 619 <input type="checkbox"/> 620 <input type="checkbox"/> 621 <input type="checkbox"/> 622 <input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 624 <input type="checkbox"/> 625 <input type="checkbox"/> 626 <input type="checkbox"/> 627 <input type="checkbox"/> 628 <input type="checkbox"/> 629 <input type="checkbox"/> 630 <input type="checkbox"/> 631 <input type="checkbox"/> 632 <input type="checkbox"/> 633 <input type="checkbox"/> 634 <input type="checkbox"/> 635 <input type="checkbox"/> 636 <input type="checkbox"/> 637 <input type="checkbox"/> 638 <input type="checkbox"/> 639 <input type="checkbox"/> 640 <input type="checkbox"/> 641 <input type="checkbox"/> 642 <input type="checkbox"/> 643 <input type="checkbox"/> 644 <input type="checkbox"/> 645 <input type="checkbox"/> 646 <input type="checkbox"/> 647 <input type="checkbox"/> 648 <input type="checkbox"/> 649 <input type="checkbox"/> 650 <input type="checkbox"/> 651 <input type="checkbox"/> 652 <input type="checkbox"/> 653 <input type="checkbox"/> 654 <input type="checkbox"/> 655 <input type="checkbox"/> 656 <input type="checkbox"/> 657 <input type="checkbox"/> 658 <input type="checkbox"/> 659 <input type="checkbox"/> 660 <input type="checkbox"/> 661 <input type="checkbox"/> 662 <input type="checkbox"/> 663 <input type="checkbox"/> 664 <input type="checkbox"/> 665 <input type="checkbox"/> 666 <input type="checkbox"/> 667 <input type="checkbox"/> 668 <input type="checkbox"/> 669 <input type="checkbox"/> 670 <input type="checkbox"/> 671 <input type="checkbox"/> 672 <input type="checkbox"/> 673 <input type="checkbox"/> 674 <input type="checkbox"/> 675 <input type="checkbox"/> 676 <input type="checkbox"/> 677 <input type="checkbox"/> 678 <input type="checkbox"/> 679 <input type="checkbox"/> 680 <input type="checkbox"/> 681 <input type="checkbox"/> 682 <input type="checkbox"/> 683 <input type="checkbox"/> 684 <input type="checkbox"/> 685 <input type="checkbox"/> 686 <input type="checkbox"/> 687 <input type="checkbox"/> 688 <input type="checkbox"/> 689 <input type="checkbox"/> 690 <input type="checkbox"/> 691 <input type="checkbox"/> 692 <input type="checkbox"/> 693 <input type="checkbox"/> 694 <input type="checkbox"/> 695 <input type="checkbox"/> 696 <input type="checkbox"/> 697 <input type="checkbox"/> 698 <input type="checkbox"/> 699 <input type="checkbox"/> 700 <input type="checkbox"/> 701 <input type="checkbox"/> 702 <input type="checkbox"/> 703 <input type="checkbox"/> 704 <input type="checkbox"/> 705 <input type="checkbox"/> 706 <input type="checkbox"/> 707 <input type="checkbox"/> 708 <input type="checkbox"/> 709 <input type="checkbox"/> 710 <input type="checkbox"/> 711 <input type="checkbox"/> 712 <input type="checkbox"/> 713 <input type="checkbox"/> 714 <input type="checkbox"/> 715 <input type="checkbox"/> 716 <input type="checkbox"/> 717 <input type="checkbox"/> 718 <input type="checkbox"/> 719 <input type="checkbox"/> 720 <input type="checkbox"/> 721 <input type="checkbox"/> 722 <input type="checkbox"/> 723 <input type="checkbox"/> 724 <input type="checkbox"/> 725 <input type="checkbox"/> 726 <input type="checkbox"/> 727 <input type="checkbox"/> 728 <input type="checkbox"/> 729 <input type="checkbox"/> 730 <input type="checkbox"/> 731 <input type="checkbox"/> 732 <input type="checkbox"/> 733 <input type="checkbox"/> 734 <input type="checkbox"/> 735 <input type="checkbox"/> 736 <input type="checkbox"/> 737 <input type="checkbox"/> 738 <input type="checkbox"/> 739 <input type="checkbox"/> 740 <input type="checkbox"/> 741 <input type="checkbox"/> 742 <input type="checkbox"/> 743 <input type="checkbox"/> 744 <input type="checkbox"/> 745 <input type="checkbox"/> 746 <input type="checkbox"/> 747 <input type="checkbox"/> 748 <input type="checkbox"/> 749 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 751 <input type="checkbox"/> 752 <input type="checkbox"/> 753 <input type="checkbox"/> 754 <input type="checkbox"/> 755 <input type="checkbox"/> 756 <input type="checkbox"/> 757 <input type="checkbox"/> 758 <input type="checkbox"/> 759 <input type="checkbox"/> 760 <input type="checkbox"/> 761 <input type="checkbox"/> 762 <input type="checkbox"/> 763 <input type="checkbox"/> 764 <input type="checkbox"/> 765 <input type="checkbox"/> 766 <input type="checkbox"/> 767 <input type="checkbox"/> 768 <input type="checkbox"/> 769 <input type="checkbox"/> 770 <input type="checkbox"/> 771 <input type="checkbox"/> 772 <input type="checkbox"/> 773 <input type="checkbox"/> 774 <input type="checkbox"/> 775 <input type="checkbox"/> 776 <input type="checkbox"/> 777 <input type="checkbox"/> 778 <input type="checkbox"/> 779 <input type="checkbox"/> 780 <input type="checkbox"/> 781 <input type="checkbox"/> 782 <input type="checkbox"/> 783 <input type="checkbox"/> 784 <input type="checkbox"/> 785 <input type="checkbox"/> 786 <input type="checkbox"/> 787 <input type="checkbox"/> 788 <input type="checkbox"/> 789 <input type="checkbox"/> 790 <input type="checkbox"/> 791 <input type="checkbox"/> 792 <input type="checkbox"/> 793 <input type="checkbox"/> 794 <input type="checkbox"/> 795 <input type="checkbox"/> 796 <input type="checkbox"/> 797 <input type="checkbox"/> 798 <input type="checkbox"/> 799 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 801 <input type="checkbox"/> 802 <input type					

白皮书

LOCAL 1: HHR - Pontal RESPONSABLE: DR. JOSÉ RODRIGUES OFF: _____
LOCAL 2: _____ RESPONSABLE: DR. JOSÉ RODRIGUES OFF: _____

DO NOT RE-SELL AND DO NOT COPY

— 1 —

DESENVOLVIMENTO DA OCORRÊNCIA		ANTECEDENTES
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MÉDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS	

EXAME Físico

EXAMS

WAA: LIVRES + OBSTRUÇÃO + CORPO ESTRANHO (+) SECREÇÕES (+) TEMPERATURA: GLICEMIA CAPILAR: 113 mg/dL
 FR: 15pm/SpO₂ SEM O₂: 99 % / SpO₂ COM O₂: 99 % / T°C: 101 °C / PA: 160x100 mmHg / PERFUSÃO(+) < 2s () > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SUCESSO

DIAGNÓSTICOS DE RIESGOS

INTERFACCE VERSO IL MUNDO

EQUAÇÕES / LETRAS MATEMÁTICAS

EVALUACAO: () ENFERMEIRO () TECNICO EM ENFERMAGEM
USA OS auronada para alinhamento do paciente vítima de acidente (colisão moto x carro). O Encostamos em decúbito lateral, consciente, orientado, verbalizando, querendo se dor em tornozelo (G) e braços (E). Fazemos mobilização conforme protocolo, colar cervical, prancha munda, talas. Fazemos AUP com SRL. Encaminhamos as HLR. Retornamos à Barra.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO)

ENFERMEIRA: Fátima Alves COREN: 265492 **TECNICO DE ENFERMAGEM:** _____ COREN: _____
CONDUTOR SOCORISTA: Flávio Laldas **SUPERVISAO DE ENFERMAGEM (VISTO):** _____ **MEDICO (VISTO):** _____



RELAÇÃO DOS PERTENÇES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	SG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
MÓVEL: QUANTIDADE:		MARCA:		MODELO:	MARCA:	MODELO:
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	MIPS CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOME DO BANCO		
DINHEIRO EM ESPÉCIE	VALOR R\$					
CALÇADOS (MARCA)			REGIO (MARCA)		ANTES QUANTIDADE	
BRINOS (QUANTIDADE)			JOIA/ESFERAS (QUANTIDADE)		OUTROS	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENÇAS:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AMIS 100mg		LEGGOL 10ML X 250ml	
ADRENALINA		ALGOLÁD (PACOTE)	
ÁLICA DESTILADA 10ml		ALMADURA DE CREPON 15cp	
AMIOCARDONA		CATSTER TIPO ÓCULOS	
ATROFOPINA		EQUIPO MACROSCOPAS	
CAPTRIDRAL 25mg		EQUIPO MACROGOSTAS	
CRELOFENACO 75mg		ESPIRA DE GÁS	
DIURONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPTAR (CÓDIGO 00)	
ESCOLARALINA (HOSCINA)		GARROTE	
ESCOLARALINA COMPOSTA (BUCORPAN COMPL)		GASSE ESTERIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 10UND)	
FUSOSEMIDA		JELEO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇA DESCARTÁVEL	
HITRAXORTISONA 100mg		LUNA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 50mg		LUNA ESTERIL Nº	
IPRATROFIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORG 5ml		SCAUIN	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACERAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO Fisiológico			
TERBUTALINA			
OUTROS			

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	RC
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



EU, MICHELLE VIEIRA BANDEIRAS

RG nº 2978695, data de expedição 01/02/2002 Órgão SSP-PB

CPF nº 056.924.434-06, 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)	110 DE FÁTIMA F. FRANES
Número	
Apto / Complemento	1º ANDAR
Bairro	VILA NELIA
Cidade	PONTE SERRALDEIRA
Estado	PARANÁ
CEP	58 840-000
Telefone de Contato	
E-mail	

23/11/2017 11:21 -000198882 SEGUIMIENTO DE LA VIDA

SEGURAR LITER DEUT 5 17/10/2017 10:20 - 0000002177061

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POURAL - PB 18 AGOSTO 2017

Assinatura do Declarante:



CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado
qualificação LOCADOR.

JOSE ALVES FERROSA FILHO

e, de outro lado, qualificação MICHAEL LACATA RID

CNPJ (C.P.F.)

191276774.00

O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do imóvel residencial nº 0598-699, situado na Cidade de POMBAL, Rua M^a FÁTIMA E FRANÇA, NOVA VIDA, nº 10-A, andar 1º, apto. 01, ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:

1º O prazo de locação é de 01 (ANO) meses a partir de 01/07/2016, e a terminar em 01/07/2017

data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Interpelação Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.

§ único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima Oitava, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento;

2º - O aluguel mensal é de **350,00**, TRESCENTOS E CINQUENTA REAIS COM BASE NO ÍNDICE DOS SALÁRIOS MÍNIMOS, que o locatário se comprometa a pagar pontualmente, até o dia **01 DE CADA MES SUBSEQUENTE AO VENCIMENTO**.

3º - O locatário, salvo as obras que importam na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo manter o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papéis, pintura, telhas, vidraças, marmores, fechos, torneiras, pias, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim, restituí-los quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas no imóvel;

4º - Obriga-se mais o locatário a satisfazer a todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;

5º - O locatário desde já facilita ao locador examinar ou visitar o imóvel locado quando entender conveniente.

6º - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem preceder consentimento por escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido no término do presente contrato;

7º - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, por ventura, tiver direito;

■) - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a resolução deste contrato, salvo procedendo vistoria judicial, que apure estar a construção ameaçando ruína;

§) - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio dos contratantes;

107 - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporta o processo executivo, será cobrado em ação competente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos:

11º - No caso de morte, falência ou insolvência do fiador, o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar substituto idôneo, a julgo do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte:

121) - Fica estipulado a multa de

..... na qual incorrerá a parte que infringir qualquer cláusula deste contrato, com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação, caso o devedor de aluguel permaneça inadimplente.

135 - Assina também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o

Sr.
Qualificação:

CNPJ (C.P.F.)

149 - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por



167 - Estabelecem as partes contratantes que, para reforma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a cento e vinte dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, improrrogávelmente no dia do vencimento deste contrato;

17] - O imóvel, objeto de locação, destina-se exclusivamente a
não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador.

181) - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajuste que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajuste do aluguel;

191) - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias da condomínio;

20º - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, interpalacção ou aviso extra - judicial;

21º - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - Inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do fiador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador.

E por assim terem contratado, assinam o presente, em 22 dias, em presença das testemunhas abaixo:

..... de de

TESTEMUNHAS:

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob
o N^º de ordem do
protocolo A N^º

Registrado sob o Nº de ordem
do livro Nº de registro
..... de

Kombai

01 JULHO de 2016

Kettelelii viira Bandiera





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MICHELLE VIEIRA BORGES

RG nº 2978695, data de expedição 01/02/2012 Órgão SSP-PB

CPF nº 056.924.434-06, 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)	MARIA DE FÁTIMA F. FRANES
Número	
Apto / Complemento	1º ANDAR
Bairro	VILA NOVA
Cidade	PONTE PESQUEIRA
Estado	PARANÁ
CEP	58840-000
Telefone de Contato	
E-mail	

2011/2C1 11:21 -000106832 SECURIMEX LIDER DPM08

SEGMENTAR LIJDER DEJKT 5 17/10/2017 10:20 - 0000030277061

Local e Data: Pousal - PR - 18 Agosto 2012

Assinatura do Declarante:



CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado
qualificação: LOCADOR:

JOSE ALVES FERROSA FILHO

191276774-00

e, de outro lado, qualificação: LECATÁRIO

MICHELE VIEIRA BANDEIRA

CNPJ (C.P.F.)

têm justo e contratado o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do imóvel residencial, situado na Cidade de Lomba, Rua Matriz, nº 01, apto. 01, andar, ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:

1º) O prazo de locação é de 01 (UM) ANO, meses a partir de 01/07/2016 e a terminar em 01/07/2017

data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Intervenção Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.

§ único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima-Oitava, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento.

2º) O aluguel mensal é de 320,00 (TREZENTOS E CINQUENTA REAIS COM BASE NO ÍNDICE DOS SALÁRIOS MÍNIMOS), que o locatário se compromete a pagar pontualmente, até o dia 01 DE CADA MES SUBSEQUENTE AO VENCIMENTO,

3º) - O locatário, salvo as obras que importem na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo trazer o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papéis, pintura, telhados, vidraças, mármore, lechos, torneiras, gás, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim, restituí-los quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel;

4º) - Obriga-se mais o locatário a satisfazer a todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;

5º) - O locatário desde já facilita ao locador examinar ou vistoriar o imóvel locado quando entender conveniente;

6º) - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem prececer consentimento por escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido no término do presente contrato;

7º) - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, por ventura, tiver direito;

8º) - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a rescisão deste contrato, salvo procedendo vistoria judicial, que apure estar a construção ameaçando ruina;

9º) - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio dos contratantes;

10º) - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporte o processo executivo, será cobrado em ação competente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos;

11º) - No caso de morte, latência ou insolvência do fiador o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar substituto idôneo, a Juiz do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte;

12º) - Fica estipulado a multa de na qual incorrerá a parte que infringir qualquer cláusula deste contrato; com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação, independentemente de qualquer formalidade;

13º) - Assina também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o
Sr.
qualificação:

Cônjugue
cuja responsabilidade, entretanto, perdurará até a entrega, real e efetiva das chaves do imóvel locado;

14º) - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por eventuais modificações feitas no imóvel, não locatário, não ficam compreendidas na multa da cláusula 12º, mas serão bocas à parte;



16º - Estabelecem as partes contratantes que, para reforma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a trinta e vinte dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, impreterivelmente no dia do vencimento deste contrato;

17º - O imóvel, objeto da locação, destina-se exclusivamente a não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador;

18º - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajuste que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajusteamento do aluguel;

19º - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias de condomínio;

20º - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, interpelação ou aviso extra-judicial;

21º - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do fiador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador;

E por assim terem contratado, assinam o presente, em D2 dias, em presença das testemunhas abaixo.

..... de de

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TESTEMUNHAS:

.....
.....

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob
o Nº de ordem do
protocolo A. Nº

Registrado sob o Nº de ordem
do livro Nº de registro
de

Kombar

01 JULHO 2016

Kethleni Vieira Bandeira



La merceva n'è de' residu'.

ISSN 1062-1024 • Volume 29 Number 2 • April 2005

Customer Information		Order Details		Delivery Address	
Customer Name	Customer ID	Order ID	Order Date	Delivery Address	Delivery Method
John Doe	CUST-001	ORD-001-001	2023-07-22	123 Main St, Anytown, USA	Standard Delivery

© 2013 Pearson Education, Inc.

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

卷之三十一

Indicadores de Gestión			Indicadores de Desempeño		
Línea de Negocios	Mercado	Área de Negocios	Línea de Negocios	Mercado	Área de Negocios
MONTEVIDEO	1.00	GENERAL	MONTEVIDEO	1.00	GENERAL
1.00	1.00	CONTRATOS	1.00	1.00	CONTRATOS
1.00	1.00	LOTE-SECTOR	1.00	1.00	LOTE-SECTOR
1.00	1.00	DETALLE-SECTOR	1.00	1.00	DETALLE-SECTOR
1.00	1.00	DETALLE-GENERAL	1.00	1.00	DETALLE-GENERAL

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

10.1007/s00339-007-0322-2

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

www.EasyEngineering.net

o eletronicamente por:

e.tjpb.jus.br:80/pje/Proc

do documento: 200727

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21

<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>

Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 21



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Neves Bandeira,
RG nº 1820528, data de expedição 20/05/1993 Órgão SS PD, portador
do CPF nº 95197788453, com domicílio na cidade de Cajazeiras, no
Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio, nº 5/N, complemento Casa, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Michelle Ulisses Bandeira.

Veículo: Moto
Ano: 2005
Modelo: Honda / NXR 125 Brooks
Placa: MN 14 0705
Chassi: 9C2BD2D105 RD11480
Data do Acidente: 18/08/17

2011068888

SEGURO DE VIDA
LIDER BRASIL

Local e Data:

18/08/2017
Endereço alfabetizado

Assinatura do Declarante

Assinatura LIDER DPJAT 5 17/10/2017 10:20 - 000000277054





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Neves Barreto,
RG nº 181358 data de expedição 20/05/1993 Órgão SSP, portador
do CPF nº 25197788453, com domicílio na cidade de Cunhaíba, no
Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bairro nº S/N complemento Centro, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Michelle Teixeira Bandeira.

Veículo: Moto
Ano: 2005
Modelo: Honda / NXR 125 Bros KS
Placa: MVH 0705
Chassi: 9C2B0D0105RD11480
Data do Acidente: 18/08/12

Local e Data:

mino Alfabetization

Assinatura do Declarante

23/11/2007 14:22:58 0010688668 SEGBURG LIBER BRU

SCHEMAGER LIDER EPIPHAT 5 17/10/2017 10:20 - 606000277054





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome:

Suelio Moreira Torres

Data:

27/07/2017

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

SEGURO SAÚDE
CAMPANHA 2014-2015
Número de Plano: 13260.004-07
Cidade: Pombal

SEGURADORA LIDER OPUS 5 17/10/2017 10:30 - 000000277053

27/07/2017 11:22 - 000106691

Alta, ok! N.R.
Claudia Valéria P.P. Lobo
Intepehieira
COREN-PB 102998
8 m 31-08-17





RESUMO DE ALTA
Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Micheli Vitória Bandeira			N.º Prontuário:	58485483	N.º Reg.
Idade:	31	Sexo:	M	CSE:	Clinica:	Vascular
				Enf:	215	Leito: 02

DATA DA EMISSÃO:	24/08/17	DATA DA ALTA:	31/08/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA:	08 dias
------------------	----------	---------------	----------	-----------------------	---------

DIAGNÓSTICO INICIAL:	Trauma + Infecção Pélvica	C.I.D.	23/08/2017 11:22 - 030106630
----------------------	---------------------------	--------	------------------------------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	TVP		
-------------------------	-----	--	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
----------------------	--	--	--

PRINCIPAIS EXAMES:			
--------------------	--	--	--

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:			
-------------------------------------	--	--	--

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:	Ciprofloxacin 400mg; Clindamycin 600 mg; Clexane 60mg	SEGURADOR
----------------------------	---	-----------

DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:		LIVRE DE RISCOS
----------------------------	--	-----------------

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA:	LIVRE DE RISCOS				
--------------------------	-----------------	--	--	--	--

CONDIÇÕES DE ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORANDO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
--------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA E COMPLICAÇÕES)	
<p>Paciente vítima de acidente automobilístico (motociclista) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento da necrose e anticoagulação plena durante internação. Reici alta hospitalar em bom estado geral e com prescrição de anticoagulação por 90 dias.</p>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
--------	--

REPOUSO:	Reposo relativo em casa por _____ dias.
----------	---

Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias.

Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.
--

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchado no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.
-----------------------------------	--

RETORNO:	- Ao ambulatório de EGESSO: em _____ para retirada de pontos.
----------	---

- Ao ambulatório de _____ em _____

Data:	31/08/2017	Assinatura:	Suelio Moreira Torres
		Médico	
		Residente Cirurgia Geral	
		RJMPB.7778	
		Ass. Médico/CRM	



RECEITUÁRIO

EBSERH

Nome do Paciente:

Michelle Vieira Bandeira

Data:

31/08/17

Prontuário:

59485483

Uso oral

Para marcação de exames, consultas e cirurgias:

- PSF de seu bairro

- Secretaria de saúde de seu município

* Urgências:

- SAMU 192

- Corpo de Bombeiros 193

① Xarelto 15mg ————— 42cp

Somar 01 cp 3x21/2 h durante 21 dias.

② xarelto 20mg ————— 69cp

Somar 01 cp ix ao dia a partir do 22º dia ate 90 dias.

③ Ciprofloxacino 500mg ————— 12cp

Somar 01 cp 12/12 h durante 6 dias

Dr Francisco
Câmara
Dra Suelio Moreira Torres

CRMJ - 15.126.437/0017-00
CAMPUS - 579 - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 32260-750

23/11/2017 11:22 - 000168892 SEGREDO LIDER DENT

SEGREDO LIDER DENT 5 17/10/2017 11:20 - 00010277058

Receituário Série - 053-2017 - Reprografia

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome:

Suelio Moreira Torres

J. L.

*Processo N° 4
200 200*

SEGUIMENTO LIDER DATA 5 17/10/2017 10:20 - 000000277053

25/10/2017 11:22 - 20010391

SEGUIMENTO LIDER

*Suelio Moreira de Souza Neto
Cinthia Alves da Silva
Cinthia Alves da Silva
Cinthia Alves da Silva*

Médico

Data:

28/10/2017

"Tudo posso naquele que me fortalece"

*V.A.P.
Suelio Moreira de Souza Neto
Claudia Cinthia P. P. Lobo
Moreira
CORF-PB 102998
Em 31.08.17*





RESUMO DE ALTA
Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Michele Viana Bandeira	N.º Prontuário:	58485483	N.º Reg.
Idade:	31	Sexo:	M	USE:
Clinica:	Vascultur		Enf:	215
			Leito:	02

DATA DA EMISSÃO:	24/08/17	DATA DA ALTA:	31/08/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA:	08 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL:	Trauma + Infecção Pélvica			C.I.D.	23112017 11:22 - 00010690
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	TVP				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:	Ciprofloxacin 400mg; Clindamicina 600mg; Clexane 60mg			SEGURADORA LIDER DEPART	
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O.:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					

CONDICÕES DE ALTA:
 MELHORANDO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA E COMPUTAÇÕES)

Paciente vítima de acidente automobilístico (motocicleta) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento da necrose, anticoagulação plena durante internação. Recebe alta hospitalar em bom estado geral, com prescrição de anticoagulação por 90 dias.

SEGURADORA LIDER DEPART 5 17/10/2017 10:29 - 9000912277055

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Repouso relativo em casa por _____ dias

Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias

Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA. Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchado no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.

RETORNO:

- Ao ambulatório de EGESSOS em _____ para retirada de pontos.

- Ao ambulatório de _____ em _____

Data:

31/08/2017

Médico
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB-7378

Aux. Médico/CRM





RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Michelle Vieira Bondonaro

Data:

31/08/17

Prontuário:

59485483

Para
marcação
de
exames,
consultas
e
cirurgias.

- PSP do
seu bairro

Secretaria
de saúde
do seu
município

*
urgências:

- SAMU
192

- Corpo de
Bombeiros
193

Uso oral

① Xarelto 15mg — 42cp

Tomar 01 cp 12/12 h durante
21 dias.

② xarelto 20mg — 69cp

Tomar 01 cp ix ao dia a partir
do 22º dia ate 90 dias.

③ Ciprofloxacino 500mg — 12cp

Tomar 01 cp 12/12 h durante 6
dias

Dr. Francisco
Camillo Bondonaro

> MELODEON-003875

CNPJ - 15.126.437/001-38

CAMPUS - SAN - CIDADE UNIVERSITÁRIA - EPI - 58850-050

Recibido Sendo - 05-09-2014 - Recomendação

UM MOMENTO MAIS É MAIS FRIAS
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero

23/11/2017 11:33 - 0000109832 - RECINTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - TECN





SAME
197

Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde

Município de Pomerode
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - SC

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 05



A standard linear barcode is positioned at the bottom of the page, below the library stamp.

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Trauma	
18.08.13	Local de Ocorrência	Michele Reina Pomedreira	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local de Ocorrência	Nome:	Nova Vida	Motivo: <input type="checkbox"/> Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Trauma
Área no Local	Pessoal / Unidade	Agente de Trânsito	DATA / MOTIVO:
<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> Agente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Civil	
DESTINO:			
LOCAL 1:	HPP - Pontal	RESPONSAVEL:	OBS:
LOCAL 2:		RESPONSAVEL:	OBS:
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GRIEPO / OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> RISQUÁTICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:		ANTECEDENTES:	
		MEDICAMENTOS:	
		PATOLOGIA (S):	
		ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:	
		VACINAS:	
EXAME FÍSICO			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> AJOLO DIFERENCIADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> NÁUZICO / ETRÍGICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SÓNOLVENTO FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> COORDENADA <input type="checkbox"/> MORTALHO <input type="checkbox"/> CÍTRICO <input type="checkbox"/> DEAMBULA COMUM/LIVRE <input type="checkbox"/> CAMINHAR <input type="checkbox"/> ANDAR <input type="checkbox"/> OUTROS PULMÃO / RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTENSIVO <input type="checkbox"/> CRÍTICO <input type="checkbox"/> PLEIA FRIA <input type="checkbox"/> EUDORNA <input type="checkbox"/> RETRÉPOLIS <input type="checkbox"/> EQUÍPOLIS <input type="checkbox"/> OUTROS SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> VULPENICO <input type="checkbox"/> DISPLÉIA <input type="checkbox"/> TACHYPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPIA <input type="checkbox"/> BATOMBO DAS ASAS DO MARIZ <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> NM SISTEMA CARDIOMUSCULAR: <input type="checkbox"/> RETRAÇÃO INTERCOSTAL <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> TETRADROMA <input type="checkbox"/> TACHOCARDIA <input type="checkbox"/> TACHOCARDIA <input type="checkbox"/> PULSOS NORMAIS <input type="checkbox"/> PULSOS REFORÇADOS SISTEMA DIGESTÓRIO: DISTAL: <input type="checkbox"/> NORMA <input type="checkbox"/> SUSPENSO <input type="checkbox"/> TOLERADO <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁGIDO <input type="checkbox"/> TUTORIA PALAVRAS <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> NM SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESSESSÍTEA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO <input type="checkbox"/> TRUBEBAS <input type="checkbox"/> UVRITOS OUTROS BEXIGA: <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> NM			
GURIAS PRINCIPAIS: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL:		PARENTESES / LOCAL:	
<input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OUTRAS:		PARALISA / LOCAL:	
EXAME FÍSICO			
VIVA: <input type="checkbox"/> LIVRES <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: 113 mg/dL FR: <input type="checkbox"/> SpO2 SEM O2: 91% <input type="checkbox"/> SpO2 COM O2: 98% <input type="checkbox"/> FC: 101 bpm <input type="checkbox"/> PA: 160/ ¹⁰⁰ mmHg PERFUSÃO: > 24 < 28			
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			
SOLUÇÃO: <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM USOU OS acorrentado para alinhamento do paciente vítima de acidente (coluna motriz curva). O encerroumos em decúbito lateral consciente, orientado, verbalizando que quando se dor em tornozelo (<input checked="" type="checkbox"/> e braço <input checked="" type="checkbox"/>), feito imobilizado conforme protocolo, colar cervical branca muda, Talas. Feito TUP com SKL encaminhado ao tif. fator náuseas e vômitos.			
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)			
ENFERMEIRO: Gáthma Alves		COREN: 265992 TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	
CONDUTOR SOCIORISTA: Flávio Caldas		COREN: SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (MESTR):	
		MÉDICO (MSTO):	

RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR QUANTIDADE:	MARCA:		MÓDULO:	MARCA:		MÓDULO:
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	2	2	3 NOME DO BANCO:			
DINHEIRO EM ESPECIE - VALOR R\$:						
COLACOS (MARCA):	REÓGIO (MARCA):			ANÉIS (QUANTIDADE):		
BRINOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):			OUTROS:		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCENTE:						
SETOE:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS	QUANT.
MAS IDROIC			LÓDOL (PACOTE 250ml)	
AURENAZINA			ALEONIO (PACOTE)	
AFELA DESTRADA 10ml			ATADURA DE CREPON 25cm	
AMIODARONA			CAFETEIRA TIPO COQUILLOS	
ATROPINA			BOLINHA MACROGOTAS	
CAPTRONIL 25mg			BOLINHO MACROGOTAS	
DELOFENACICO 10mg			ESPARADARAZO	
DIPRIVINA 10			FITA DE GLICEMIA CAPIHAS (CÓDIGO N°)	
ESCAPOLAMINA (HISTOCINA)			GARRITO	
ESCAPOLAMINA COMPOSTA (BUSOCOPAN COMP)			BASE ESTERIL (PACOTE)	
FERIOTEROL GOTAS			GAGE NANO ESTERIL (PAQUIOTE COM 200UNIS)	
KUROSEMIDA			JELCO N°	
GLUCOSE 5%			LAMCOLE DESCARTAVEL	
HITDOCORTISONA 100mg			LUVIA DE PROCEDIMENTO TAMBANCO	
TIENO CONSIDINA 500mg			LUVIA ESTERIL N°	
IPPATROMIC GOTAS			MASCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg			SCALN N°	
METACLORAMIDA			SERINGA N°	
PARACETAMOL GOTAS			SORVIA DE ASPIRAÇÃO N°	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 7%			OUTROS:	
SOLUÇÃO DE LÍNGUA LACTATICA				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO				
TERIFUTALINA				
OUTROS				

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NOOME:	RE:
ASSINATURA:	
TESTIMUNIA:	TESTIMUNIA:





RECEITUÁRIO



Name do Paciente:

Michelle é Vereira Bandeira

๑๖๒

31/03/17

Prontuário

58485483

Para
marcação
de
exames,
consultas
e
cirurgias

257 de
324 pages

- Secretaria
- Desenvolvimento Social
- Desenvolvimento Rural
- Desenvolvimento Econômico

Urgencias

- SAMU
192

• Cartão de
Bombeiros
193

Paciente vítima de acidente auto-móbilístico (motocicleta) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por ultrassonografia de Doppler, o que necessitou internação hospitalar, extirpamento da necrose, e posteriormente, anticoagulação plena, que deve permanecer por um período de 90 dias. O mesmo necessita de agachamento de suas atividades pelo período de 45 dias.

RECORDED AND INDEXED

J. M. Veroa, 3410

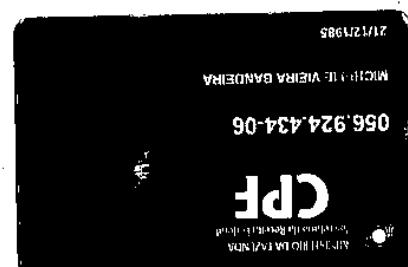
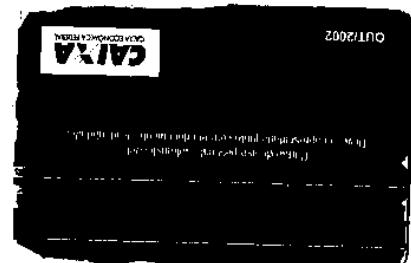
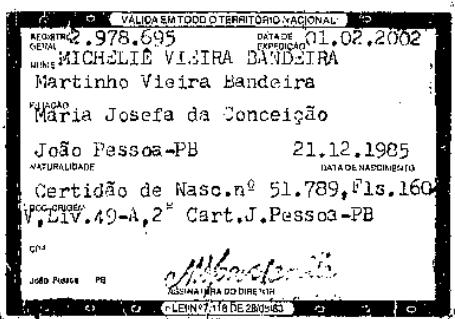
10

Receptacle Supplies - 100-0001-0

W.MOSQUITO N&E 5000-50

**QUE UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO. #ZIKAZÔNE**



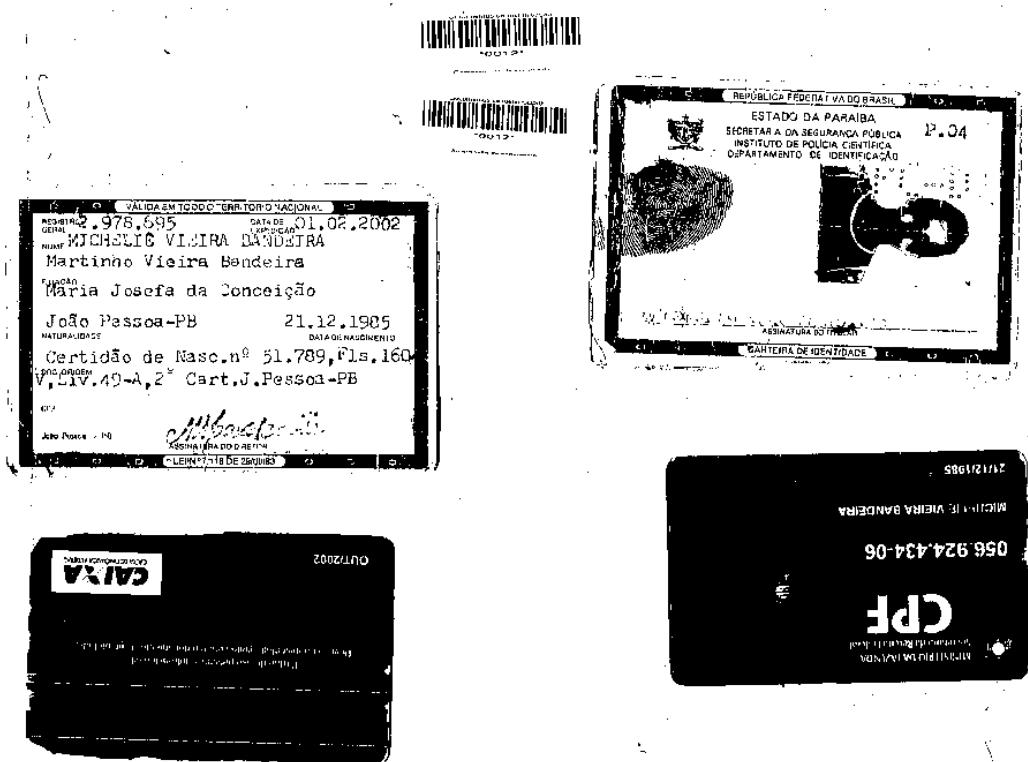


23/11/2017 11:21 - 000100884 SEGURO-PIR LIDER DEPUT
SEGURO-PIR LIDER DEPUT 5 17/10/2017 10:30 - 00000277064



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>
Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 34



25/11/2017 11:21 - 0001068844 SEGURODESA CLIEP BRASIL
Assinado por LIDER DEPUT 5 17/10/2017 10:20 - 000000272064



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>
Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 35



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 012507259916
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM - 20160000227246 - 00000000000000000000
0085614563-7 00/000000000 2016

NOME
MARIA DAS NEVES BARBOSA

CPF / CNPJ: 95197788453 PLACA: MNH0705/PB

HABAC ANT / UF: NOVO CHASSI: 9C2JD20105R011480

ESPECIE DO VÉHICULO: PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROS KS ANO FAB.: 2005 ANO MFG.: 2005

CAP / PÓT / CL: 2 P/124 /CI PARTIC AZUL

COTA ÚNICA VENC COTA UNICA VENC COTAS
IPVA PAGO EM: 27/05/2016 1º
P FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS 2º
V A ***** 0 3º

FRETE/TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 27/05/2016

OBSERVAÇÕES:
REST. BEN. TRIBUTARIO

0

APARECIDA - REAL DATA: 02/06/2016
36714 14796

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 02/06/2016

VIA - CPF / CNPJ: 95197788453 - PLACA: MNH0705/PB

RENAVAM: 00856145631 HONDA/NXR125 BROS KS

ANÔ FAB: 2005 ANÔ MFG: 9C2JD20105R011480

PRÊMIO TARIFÁRIO

IPVA (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	DATA DE PAGAMENTO PAGO	
PAGAMENTO BOTA LÍQUIDA		DATA DE QUITAÇÃO 27/05/2016	
		PARCELA DO PAGAMENTO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br
14796-1132273-20160602

REV/BRN

23/11/2017 11:22 - 000108289 SEGURADORA LÍDER DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277059



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 012507259916
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
- via - CÓD. RENAVAM BRT 201600002272464300
1 0085614563-7 00/00000000 2016

NOME
MARIA DAS NEVES BARBOSA

CPF/CNPJ
95197788453

PLACA
MNR0705/PB

ELACANT/UF CHASSIS
NOVO PB 9C2JD20105R011480

ESPECIE PPG

VELOCIDADE

PAS/MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MFG.

HONDA/NXR125 BROS KS

2005 2005

CAP / POF / CL

CHASSIS

2 P/124 /CI

PARTIC

AZUL

DATA DE PAGAMENTO

COTA ÚNICA

DATA DE PAGAMENTO

I IPVA PAGO EM 27/05/2016

DATA DE PAGAMENTO

P FAIXA IPVA

PARCELAMENTO COTAS

V *****

3*

A *****

0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IPF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** * SEGURADO PAG 027/05/2016

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA DE PAGAMENTO

REST. BEN. TRIBUTARIO

DATA DE PAGAMENTO

0

DATA DE PAGAMENTO

APARECIDA - PB

DATA DE PAGAMENTO

36714

DATA DE PAGAMENTO

23/12/2017 11:22 - 000106889 SEGURODORA LIDER DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 02/06/2016

VIA CPF/CNPJ PLACA
95197789453 MNR0705/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
0085614563 HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB. CHASSIS N° CHASSI
2005 9 9C2JD20105R011480

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) **** *

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

QUANTO DO BILHETE (R\$) 100,00 SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 27/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.346.800/0001-04

www.seguradoralider.com.br

14796-1132273-20160602

SEGURADORA LIDER DPVAT 5/17/2017 10:20 - 000000277059

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Contráculos do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455406/17

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2017
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 056.924.434-06

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

Juliana Antunes Estigarribia



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3170640823
Vitima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
Data do Acidente: 18/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número 3170640823.

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.

Pag_3085900860 - carta_16 - INVALIDEZ



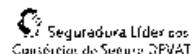
Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Carta nº 12938735



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/06/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boleim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outras

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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: 18/06/2018
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 056.924.434-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2018
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>
Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 40

Edson Martins



De: Elizabeth Silva
Enviado em: segunda-feira, 8 de outubro de 2018 19:21
Para: Edson Martins
Assunto: Receber 3180326542 - 20159046
Anexos: FICHA DE REGULACAO MEDICA.pdf; ATESTADO.pdf; DECLARACAO MEDICA.pdf; COMPROVANTE DE RESIDENCIA.pdf
Prioridade: Alta

Edson, boa tarde.

Por favor, peço receber o devido documento anexo na aba:

3180326542

-Comp. residência.
-Doc. médica.

Atenciosamente,

Elizabeth Mota da Silva

Gerência Técnica
elizabeth.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4048



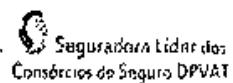
www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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: 11/10/2018

Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018

Nome: EDSON DA SILVA MARTINS

CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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: 11/10/2018
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF: 056.924.434-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>
Número do documento: 20072710582099400000031285287

Num. 32666117 - Pág. 43