

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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199932

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199932

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURILIO BARBOSA DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	04434400428	MAURILIO BARBOSA DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: MAURILIO BARBOSA DA SILVA		CPF: 04434400428		
Profissão: REC-INF	Endereço: RUA POUS CANAA			Número: 1002 Complemento: CASA
Bairro: VILA CANAA	Cidade: CAUARU	Estado: PE	CEP: 55026-490	Tel.(DDD): (81) 97001998
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **19384** **8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

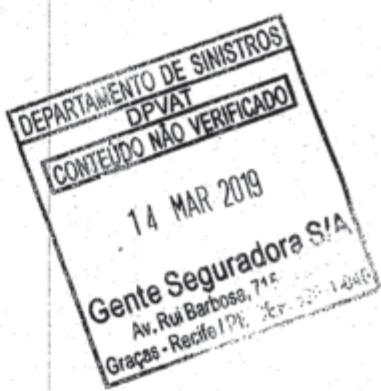
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 MAR 2019 Gente Seguradora SIA Av. Rio Branco, 715 Loja 5 Caixa Postal 10000-0000-0000
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de invalidezes permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar assistência ao beneficiário ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:					
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, CARUARU/PE 11/03/19 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS	
	1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura	2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Maurilio Barbosa - desliza Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

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





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública

Polícia Rodoviária Federal

510284
0087691/19



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Acidente nº 18026547B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 104

KM: 190,5 - Decrescente

Município: ALCANTIL/PB

Data: 27/04/2018

Hora: 14:00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-

Policlal responsável pelo atendimento: FABIANO LACERDA, matrícula 1515252

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condicão da pista: Molhada

Estrutura viária: Curva

Localdade urbanizada: ✗

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✗

Condicão meteorológica: Chuva

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 27/04/2018, por volta das 14:00 h, no km 190,5 da BR-104, em Alcantil-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão com objeto estático, seguido de capotamento, com vítimas (1 lesões leves). O veículo envolvido foi: Fiat/Ducato de placas EWK 4844 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito em sentido decrescente, Alcantil/PB - Quelmas/PB, quando o condutor perdeu o controle do veículo que colidiu com barranco existente no bordo do leito carroçável do mesmo sentido pelo qual trafegava, capotando em seguida e imobilizando-se sobre o seu teto. A imobilização do veículo ocorreu no acostamento do sentido decrescente da via após deixar marca de sulcagem 1 (7,4 metros de extensão) na faixa de rolamento do sentido decrescente e marca de sulcagem 2 (5,1 metros de extensão) na faixa de rolamento e acostamento do sentido decrescente. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator determinante do acidente foi a perda do controle do veículo. OBSERVAÇÕES: O condutor do veículo foi socorrido antes da chegada dos PRFs ao local do acidente. O local do acidente estava preservado, apresentando sinalização horizontal e vertical em bom estado de conservação. No momento do acidente, a pista estava molhada e havia ocorrência de chuva. A velocidade regularmentar da via é de 80 km/h no local do acidente. O condutor de V1, por estar em socorro médico de emergência no Hospital de Traumas de Campina Grande-PB, aguardando realização de procedimentos cirúrgicos, não foi submetido ao teste de etilômetro.



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 06/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD64AE78EF7D

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1.	Colisão com objeto estático	
2	Capotamento	

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE

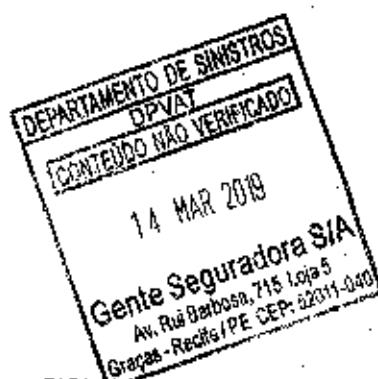


SENTO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIANGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
Eixo traseiro direito	53.5	48.5
Eixo dianteiro direito	56.2	51.2
Ínicio de marca de sulcagem 1	40.7	35.7
Final de marca de sulcagem 1	48.1	43.0
Ínicio de marca de sulcagem 2	43.3	38.3
Final de marca de sulcagem 2	48.4	43.4

CROQUIS DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515262, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



A assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D.



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18026547B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



lado preservado

marca de sulcagem 1



Alcantá

Banca de Santana



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatfeutentioar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E619C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



PRF

V1



EWK4844

Placa: EWK4844 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/DUCATO MAXICARGO/2011

Renavam: 00450726835

Chassi: 93W245G34C2088478

Tipo de Veículo: Caminhonete

Espécie/categoria: Carga/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares da carga: Vazio.

PROPRIETÁRIO

Nome: ERICK QUEIROZ FELÍCIANO

CPF/CNPJ: 025.621.123-00

Endereço: R DR GILBERTO STURDAT, 01717 - AP 1502CU, FORTALEZA/CE

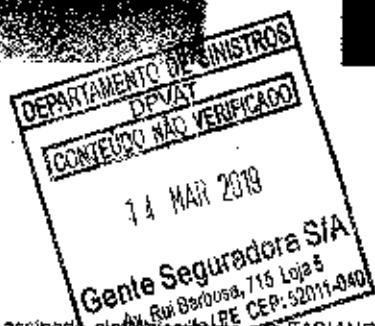
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo recolhido conforme Documento de Notificação de Recolhimento de Veículo (EDRV) 14021804271730-364.



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 06/05/2016, às 09:58, na sede do horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle ES19C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01

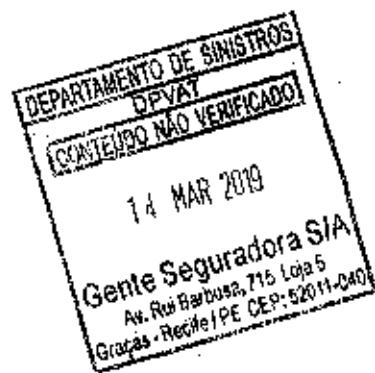
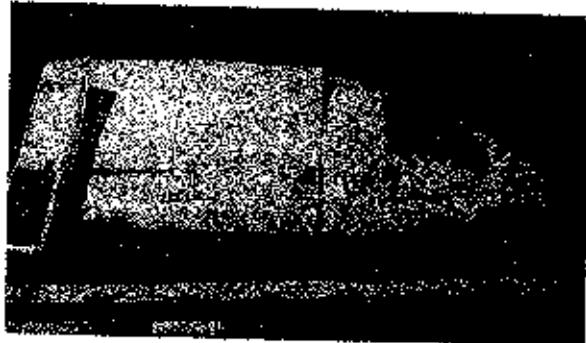


PRF

V1 TRACIONADOR



EWK4844



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E51906D772BE9C84C2CD64AE7BEF7D.



Autenticação
eletrônica



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

V1 CONDUTOR

MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Placa do veículo: EWK4844

Marca/modelo: FIAT/DUCATO MAXICARGO

Envolvimento: Condutor

Nome: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 044.344.004-28

Data de nascimento: 08/09/1980

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VÉHICULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 30/09/2011

Nº de registro: 0531616745 **UF:** PE

Data de vencimento da habilitação: 16/10/2018

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1115

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORAS

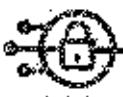
Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA SANTA BRIGIDA, 000000055 - VILA CANAA, ZONA RURAL, CARUARU/PE

Telefone/email: 81 99540 5678 / 81 99517 4344/NÃO INFORMADO



A autenticidade

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD64AE7BEF7D

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/DUCATO MAXICARGO

Placa: EWK4844

Nome do agente: FABIANO LACERDA

Nº BOAT: 18026547B01

Matrícula do agente: 1515252

Data: 27/04/2018

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NAO**	NAO***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 06/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto-Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18026547B01



PRF

Item	Descrição do item	SIM	NAO	NA
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 11

Dimensão da monta: Grande

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 09/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C64C2CD54AE7BEF7D

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	04434400428	MAURILIO BARBOSA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: MAURILIO BARBOSA DA SILVA		CPF: 04434400428
Profissão: REC-INF	Endereço: RUA POUS CANAA	Número: 1002 Complemento: CASA
Bairro: VILA CANAA	Cidade: CAUARU	Estado: PE CEP: 55026-490
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 97001998

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **19384** **8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nas informações apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de invalidez permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar assistência ao beneficiário ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, **CARUARU/PE 11/03/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Maurilio Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Declaração

Declaro para devidos fins que o senhor Maurilio Barbosa da Silva, nascido em 08/09/1980, vítima de acidente por capotamento no dia 27/04/2018, foi atendido por esse Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 deste Município, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.



Alcantil, 20/07/2018

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Coordenadora do SAMU de Alcantil

Josineide M^a de M. Capibaribe
Coordenadora do SAMU
Matrícula: 5407788-3

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE			
JOSE CAETANO DA SILVA			
CPF: 184.881.374-00			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RUA Povoado CANAA 1002			
Povoado CANAA/VILA CANAA 55026-490 CARUARU PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento.			
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	007008760505
TOTAL A PAGAR (R\$)	67,11	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
		11/03/2019	2002423948
		NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
		053382802	0000783438
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO	072D.39D3.0ACD.78EB.28CA.1EEA.624F.4F7E		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES											
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº LEITURA	DATA LEITURA	DATA ULTIMA APURAÇÃO	LEITURA ULTIMA APURAÇÃO	VALOR ULTIMA APURAÇÃO	CORRIGIDA	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUA.				
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																
000000003132147670	CAT	07/02/2019	10.462,80	11/02/2019	10.462,80							DIC-No. de horas sem Energia		0,00	5,31	10,62	21,25				
												FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95				
												DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00				
												DCR-Duração da Interrupção em dia crítico					Límite DCR: 12,22				
												Total Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,30									
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2019										Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicadas DIC, FIC, DMIC e CDR/IC a qualquer tempo											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Jefferson Felix leite me: r/ osto 228 deputado Jose, a /m e travassos; r/ osio 228 deputado Jose a lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br . Cobrança ICM S sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 55.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.										NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> <p>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>					TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																				
MÍNIMO	MÁXIMO																				
220	202	231																			

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
007008760505	03/2019	67,11	10/04/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este comprovante será usado em futuros débitos.</p>

838400000006 671100110077 008760505107 137860382231



JURIDICAL CONCEPTS

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

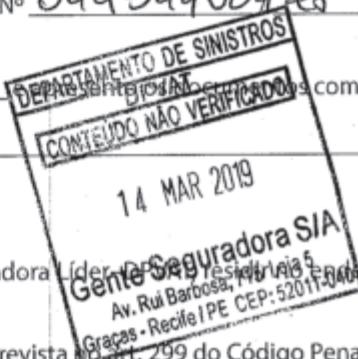
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945234444 /04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURILIO BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044344004 28, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAURILIO BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044344004 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____



Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que o endereço informado é o correto abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista na art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>		Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>adriana.m.moura.defernandes@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 91613907</u>	

SURUBIM/PE, 11 de MARÇO de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes.

Assinatura do Declarante

27/04/2018

GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1643353 CLASS. DE RISCO: **VENDETERIO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mahrinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/04/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: MAURILIO BARBOSA DA CEP:58400002

SILVA Endereço: R VEREADOR CREUDO RODRIGUES Sexo:M Telefone: 995405678

Cidade: Toritama Idade:37 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DA RG: 6455222 N°:202

CONCEICAO CPF: 04434400428 Profissão: MOTORISTA

Responsável: GERLANGEL OLIVEIRA Data de CNS:1452652

Estado Civil: Casado(a) Atend:27/04/2018

Motivo: ACIDENTE DE CARRO Horas: 16:35:46 CONVÉNIO:SUS

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abração
2. Ampulheta
3. Arousal
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Entorpeça subcutânea
10. Enrascamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cefalúteo
- 15.F. Corante
- 16.F.Corto-contuso
- 17.F. Perfuro-contuso
- 18.F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingrupamento Veneoso
23. Lacerção
24. Lesão tendínea
25. Luesão
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Parafisa
31. Parese
32. Paraparesia
33. Quemadura
34. Riorragia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma (capotamento)

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1643353>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*paciente vítima de capotamento, trazido pelo SAMU com paralisação
reflexa e edema cervical. Párpado direito com membro superior
esquerdo com ferimento extenso e profundo. Negativa perda
de consciência e vômitos. Sem queixas torácicas
e abdominais.*

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Negu

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreceptores () Isocônicas () Anisocôricas ()

Glasgow 15 PA 130/90 HGT: 132 Sat02 76 FL 95

Alta de suspeita

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia;
() Gasometria arterial () Radiografias;
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Dr. Antônio* às: _____ Dia: / /

Especialista: _____ às: _____ Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Monitorização</i>	<i>08:00 AM</i>
2		<i>08:00 AM</i>
3		<i>08:00 AM</i>
4		<i>08:00 AM</i>
5		<i>08:00 AM</i>
6		<i>08:00 AM</i>

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maurilio Barilosa da Silva		
End:	R. Vereador Euclides Rodrigues		
Data de Nascimento:	08-09-80	Documento de Identificação:	
Queixa:	ed varro	Data do Atend.:	27-04-18 Hora: 16:35 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Germente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- limpa*
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Bruna Modesto da M.*
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial
ENFERMEIRA
COREN PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Mauricio Paredes

TAlolamento

Lentic

Diagnóstico

L. H. to L. T. Long, Braga

Nome do Paciente			Nº Prontuário	
Maurilio Barbosa da Silva				
Data da Operação	27/04/18	Enf.	Leito	
Operador	Dr Luiz Gonzaga		1º Auxiliar	Dr Yenny (M22)
2º Auxiliar	—	3º Auxiliar	—	Instrumentador Caique
Anestesia	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório	Loft ósseo gênito maleto Braco E			
Tipo de Operação	Lmc + Desbridamento + sutura			
Diagnóstico Pós-Operatório	OSSO			
Relatório Imediato da Patologia	d			
Exame Radiológico no Ato	N/S			
Acidente Durante a Operação	N/S			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Traçado em DDH sob Anestesia.
- 2) Asspiração + Antisseptico + Compõe artéria.
- 3) Lmc + Desbridamento de tecidos devitalizados.
- 4) Evacuação de tecido muscular óssea e ponha de sítio.
- 5) Pontos de Aproximação em músculo.
- 6) Laredo de fio 0/0 SF 0,9;
- 7) Sutura de Aproximação em pele.
- 8) Cirurgia



Yenny de Paiva
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Mauricio Barbosa da Silva

DN: 086189

QI	LEITE Silva 03	CONVÉNIO SUS	IDADE 37a	REGISTRO 1643353
----	-------------------	-----------------	--------------	---------------------

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

CIRURGIÃO

Anestesia

ANESTESIA

Bloco Bloco Brasileiro E

Dra Socorro Abrantes

INSTRUMENTADORA

DATA

27/04/2018

INÍCIO

22:30

-costa-

FIM

23:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.		Caigut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Caigut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10	Compressa Grande		Caigut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Caigut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Caigut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Caigut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Caigut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
02	Inova-mi midazolam		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
01	Mercalina 21% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon-amp. x10 eIV		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
02	Proxoleíde 1m Propofol		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifén amp.		H2O, ml	04	Mononylon	0
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23 L 0		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fleboocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	32	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaklion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	05	PF 091 71 mm	
	Stiptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
02	Turbo 1000		Sonda Uretral nº			
01	Unidil 1000		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
02	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		(+) Oxímetro de Pulso) Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28	02	Latesel		(-) Serra) Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	0,67 ml/ml		(-) Desfibrilador) Oxicapiógrafo
	Aguilha p/ raque nº				(-) Foco Frontal) Cardiomonitor
05	Álcool de Enfermagem	01			(+) Fente de Luz) Perfurad. Elétrico
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon	10 m				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (+) Oxímetro de Pulso
- (-) Serra
- (-) Desfibrilador
- (-) Foco Frontal
- (+) Fente de Luz
- (+) Foco Auxiliar
- (-) Eletrocautério
- (-) Oxicapiógrafo
- (-) Cardiomonitor
- (-) Perfurad. Elétrico

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL
CIRCULANTE E RESPONSÁVEL
COREN 001 001 001 001



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Less energy loss to

 FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Emergência	Assis
	5/8/2012	8	8				Cirurgia realizada com sucesso.	

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Maurilio Barbosa da Silva								PRONTUÁRIO:
-------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					

DADOS CLÍNICOS:

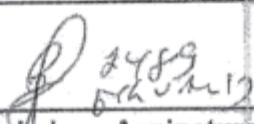
Politrauma

RX
27/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio x de tórax em AP
- Raio x de braço esquerdo AP e Perfil

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 27/04/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Mauricio Barbosa da Silva* | Registro:

Leito: /-1

Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:
Data dà inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

— DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	AFRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção da eliminação intestinal efaz / adequada / melhorado.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Alontar para as quebras de náuseas e vômito (anotar, mediciar CPM, repassar em 30 minutos).		
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Manutenção da glicemia estável.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinal vital.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e repassar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antidiármicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Melhora da integridade da pele.
() Analisar condições de curativo.		() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido suspenso / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local de ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		() Diminuir o risco de infecção.
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhora do padrão de sono.
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		() Outros
() Outros		
() Outros		() Outros

Assinatura do Enfermeiro(a): Enf. Juliana Coelho ZB6627
 Assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC 2010, CHAVES, L.D.; SOLAY, G.A.; BNE, 2 ed. 2013.





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcilio Barbosa da Silva | Registro: _____ | Leito: 1-1 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA:	mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH₂O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5D	Data da punção: 28/04/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ___ / ___ / ___
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___ / ___ / ___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___ / ___ / ___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___ / ___ / ___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente.	Observações:
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido.	Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante.	Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Eny - Jelma 236624	
DATA: 28/04/18 HORA: ___ h	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:							
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS						
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()		
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()				Cavílido bucal forida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()		Outro ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	Outro ()			
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()			Outro ()	
		Ansiedade ()					Incapacidade de lavar o corpo ()			Outro ()
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()			Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			Outro ()	
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			Outro ()	
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()	Invasão de estruturas do corpo ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()			Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()			Outro ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidiz articular ()	Dificuldade para virar-se ()			Dispneia ao esforço ()	Outro ()	
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()			Outro ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()			Dispneia ()
		Ansiedade ()		Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Bailamento de asa de nariz ()	Oriopneia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()					Outro ()
		Drainos ()	Outros ()					Outro ()	Outro ()	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()			Defesas primárias inadequadas ()					Outro ()
		Procedimentos invasivos ()			Outro ()					Outro ()
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()					Outro ()
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro ()					Mudança do padrão normal do sono ()
		Ruído ()	Imobilização física ()						Relatos de dificuldade para dormir ()	Outro ()
13	Outro									
14	Outro									



PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemias capilar, anotar e mediciar CPM.		
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Melhora a aceitação alimentar.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Manutenção da glicemia estável.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Explorar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
() Analisar condições do curativo.		() Melhora da integridade da pele.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Melhora da perfusão tissular.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Padrão respiratório eficaz.
() Realizar balanço hídrico.		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
(x) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
(x) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		(x) Diminuir o risco de infecção.
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Deformar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		() Diminuir o risco de queda.
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		() Melhora do padrão do sono.
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carrimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : Enf.º Jardim Cores 236624

Carrimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem :

FONTE: NIC 2010. CHAVES,L.D; SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

27/04/2018

МТСБ-Банк Административ

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉTICO

ARECER MÉDICO

Além de vítima da
agressão de Corra, apresentando
lesões graves em Braço D

c/o: Ag. C. Giannico
GITTO

Dr. Walter Falanga
Groton Hospital
Groton, CT 06355

DESTINO DO PACIENTE

Centro clínico _____ Vida hospitalar A revélia
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Xabrinhos Olímpicos Correia
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111





Nº 0756504-6 - Fábio Júnior
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Melo, 111, Bairro Vila Boa, Recife, Pernambuco - CEP 50100-942
CNPJ 00.000.350/0001-01 Inscrição Estadual: 0000000043 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370

CENTRO SUR UBJM
SUBUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

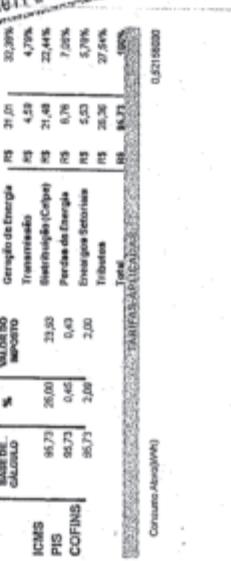
NR DA NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA EMISSÃO	NR DO CONSUMIDOR	DATA DE INSTALAÇÃO
045308861	UNICA	07/01/2019	3753008	07/01/2019

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL				
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
133.00000000	0,71979022	96,73	6,31	133,04

Consumo Ativo(kWh)
Contab. Ilum. Pública Municipal

TOTAL DA FAUTA				
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				
NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA
K03914	CAT	10/12/2018	26/01/2019	25.000,00

REGISTRO DE FAUTAS (TURBOFONDO)				
NR FAUTA	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPACTO	COMPRA/VENTA DE FAUTAS
JAN19 133	ICMS	95,73	23,43	Crédito
DEZ18 176	PIS	95,73	21,49	Crédito
NOV18 185	COFINS	95,73	0,63	Crédito
OUT18 133		95,73	5,53	Crédito
SET18 127		2,09	2,00	Perda de Energia
AGO18 121			26,36	Perda de Energia
JUL18 130			1,00	Perda de Energia
JUN18 130			1,00	Perda de Energia
MAR18 162			0,76	Perda de Energia
FEV18 174			27,84	Perda de Energia
JAN18 173			0,71	Perda de Energia



RESUMO DA FAUTA
7REA-ADF-B-303A303-402E-AEES AF-38 D798

INFORMAÇÕES DE ORIGINAIS

Pode ser reportado nesse ponto do recibo fornecido ao menor da família que tenha acesso à internet e que deseja registrar ocorrências. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável por informar a Celpe sobre a ocorrência de furtos de energia elétrica. Caso o cliente não tenha acesso à internet, pode entrar em contato com a Celpe através do número 0800-10-23882222 ou diretamente com a sua concessionária local.

Para o reporte de furtos de energia elétrica é necessário que o menor da família tenha acesso à internet e que deseja registrar ocorrências. Mais informações em www.celpe.com.br.

Nº 0756504-6 - Fábio Júnior
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Melo, 111, Bairro Vila Boa, Recife, Pernambuco - CEP 50100-942
CNPJ 00.000.350/0001-01 Inscrição Estadual: 0000000043 | www.celpe.com.br

<p>DEPARTAMENTO DE ENERGIA REGULADOR DE ENERGIA DE PERNAMBUCO</p>	
<p>ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES</p>	
<p>DOC. IDENTIDADE / DOCUMENTO EMISSOR / UF — 4810889 - PEE - PE</p> <p>CPF — 945.234.644-04 — DATA NASCIMENTO — 26/07/1974</p> <p>PLACAR — JOSE GOMES DE MORA ISRAEL FERREIRA DE MO URA</p> <p>PLACAR — VALOR: 03/06/2022 — 17/06/2008</p>	
<p>NOTA DE FERIA VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1421884961</p>	
<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>14 MAR 2019</p> <p>Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040</p> <p>1421884961</p>	
<p>ROUBADO PLASTIFICAR</p>	
<p>LOCAL — SUDUBIM - PE</p> <p>DATA EMISSÃO — 10/04/2017</p> <p>Chaveiro Andrade, Flávia Alves Administrador, Presidente Administrador da Empresa</p> <p>53206755000 PE0786652772</p> <p>PERNAMBUCO</p>	

RESUMO DA FAUTA
7REA-ADF-B-303A303-402E-AEES AF-38 D798

INFORMAÇÕES DE ORIGINAIS

Pode ser reportado nesse ponto do recibo fornecido ao menor da família que tenha acesso à internet e que deseja registrar ocorrências. Mais informações em www.celpe.com.br.

Nº 0756504-6 - Fábio Júnior
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Melo, 111, Bairro Vila Boa, Recife, Pernambuco - CEP 50100-942
CNPJ 00.000.350/0001-01 Inscrição Estadual: 0000000043 | www.celpe.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013400927839

FEITA EM 01/06/2017 - NO Município de Ribeirão Preto - SP
PRAZO DE VENCIMENTO: 31/05/2018

BENTRAN

ERICK GUEIREZ FELIPE GUEIREZ
Sociedade de Transporte e Logística Ltda.
Av. São Paulo, 1234 - Centro - Ribeirão Preto - SP - CEP 14010-000

ACE

02566122360
Placa: SP-02566122360
Data: 01/06/2017

02566122360
Placa: SP-02566122360
Data: 01/06/2017

PAR / CAMINHÃO / FURGONETTE
MOTOR: DIESEL
FABRICADO: MAIO/2011
ANO REFERENCIAL: 2012
COR: PRETO

154.017127CUZ2E PIY1L
PLACA: SP-02566122360
DATA DE VENCIMENTO: 31/05/2018

PERÍODO DE VENCIMENTO:

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

EXERCÍCIO: 2017 / 3 / 06 / 2017
 PLANO: ENTRADA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

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

CE Nº 013400927839 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO CE Nº
013400927839

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA



01462
ENK4944
COD. RENAVAM
00450726835
134826 01923

CONTRAN

Igor Pontes
Supervisão
DETINHO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARILIO BARBOSA DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 27/04/18 CPF DA VÍTIMA 09432404128

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADELAIMA MÉ MOURA DE A-FERUANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BARRIO CENTRO
CIDADE SUZALIM UF PE CEP 55750-000
E-MAIL agregueme.mau5@yahoo.com.br FONE (81) 97700

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.5.00,00
* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMIAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

*Gente Seguradora SIA
Av. Graciosa, 715 loja 5
Rui Barbosa, 715 loja 5
Recife PE CEP: 52011-040*

*14 MAR 2019
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Assinatura de J. Ferreira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199932 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA/ DESBRIDAMENTO/ SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199932 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA/ DESBRIDAMENTO/ SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- MAURILIO BARBOSA DA SILVA	COBERTURA : INVALIDEZ
NACIONALIDADE- BRASILEIRA	
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR	DATA DO ACIDENTE : 27/04/18
IDENTIDADE- 6.455.222 SDS-PE	CPF: 04434400428
ENDEREÇO- RUA POVOADO CANAA, Nº 1002, ZONA RURAL, CARUARU-PE	

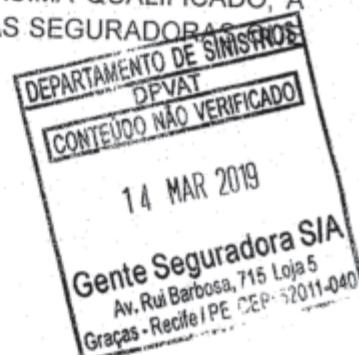
OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
NACIONALIDADE- BRASILEIRA	
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR	
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE	CPF: 94523444404
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS, CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



CARUARU - PE 03 DE JULHO 2018



Maurilio Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Antes de Maurilio Barbosa da Silva Araújo Substituta - Huiara Maria Cristina da Silva Araújo Substituta
RUA DO COMÉRCIO 343 - CENTRO - CEP: 55.325-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3957

Reconheço Por Autenticidade a firma de MAURILIO BARBOSA DA SILVA.
12/07/2018 11:16:39 e dou fé. Em testemunho Huiara da verdade.
Substituta: HUIARA MA CRISTINA DA SILVA ARAÚJO Enc. 3, 59, ISMR
0,80, FERC 0,40 Total R\$4,79 Selo: 0076752-HJ06201801-02745
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

VÁLIDO SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTICIDADE SEM EMBRULHAR OU RESARVAR



CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Aurea de Moura Jesus
- Tabeliã -
Maria do Rosário da Silva Araújo
1^a Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2^a Substituta
COMARCA DE TORITAMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087691/19

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 044.344.004-28

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MAURILIO BARBOSA DA SILVA : 044.344.004-28

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/03/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 14/03/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA