
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

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: 04434400428 Nome completo da vítima: 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-INT Endereço: RUA DO CANA Número: 1002 Complemento: CASA
Bairro: VILA CANA Cidade: CAEVARU 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).

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa pré-julgamento de responsabilidade com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora SIA
Rua Barrosa, 715 Loja 5
Graciosa - PE 55011-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, CAEVARU PE 11/03/19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maurilio Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



Acidente nº 18026547B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 104

KM: 190,5 - Decrescente

Município: ALCANTIL/PB

Data: 27/04/2018

Hora: 14:00

Policial responsável pelo atendimento: FABIANO LACERDA, matrícula 1515252

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Canteiro central: ☒

Condição 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 - Quelmadas/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 regulamentar 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.



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 E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18026547B01



PRF

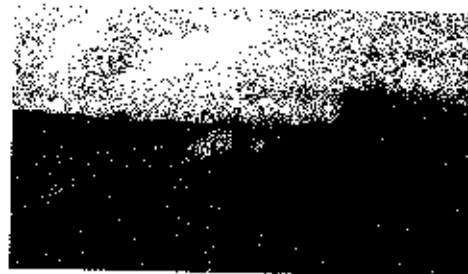
EVENTOS SUCESSIVOS

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

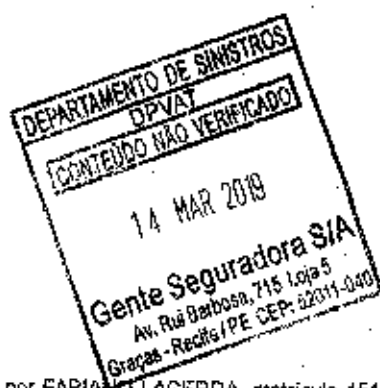


SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIANGULACÃO

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

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



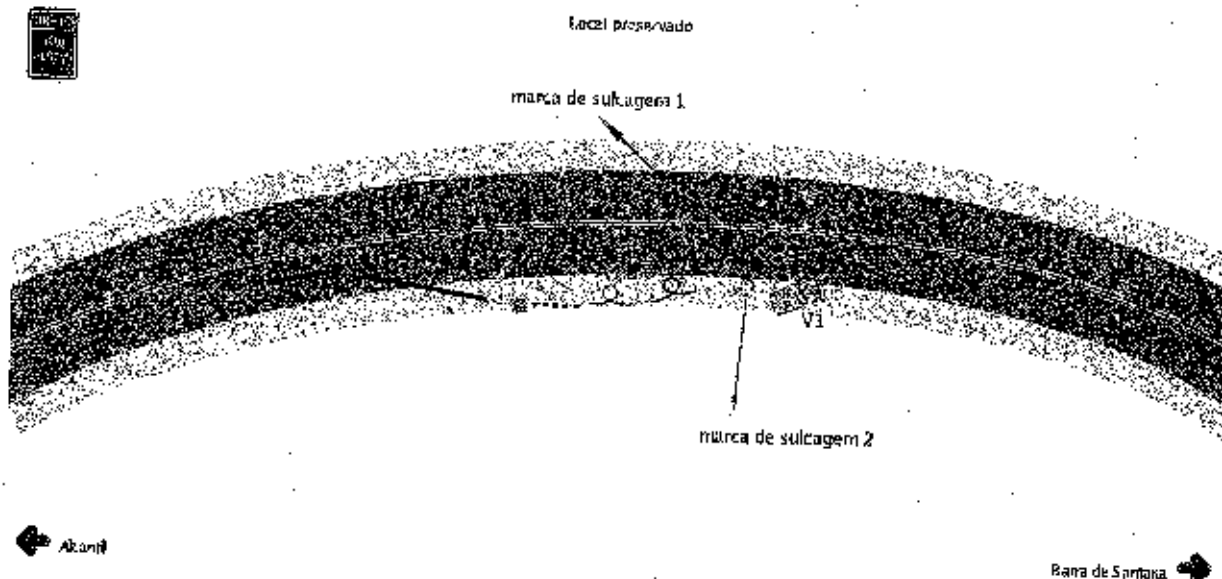
MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01



PRF



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 E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D

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 FELICIANO

CPF/CNPJ: 025.621.123-00

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

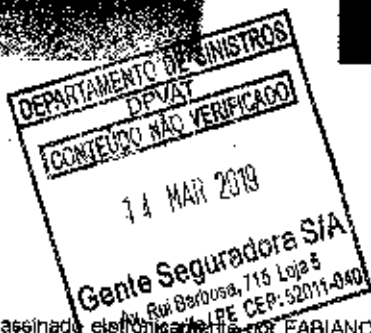
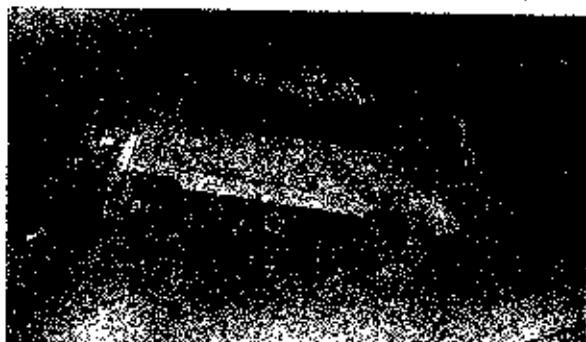
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

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 05/05/2016, às 09:58, com o número 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/movobat/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

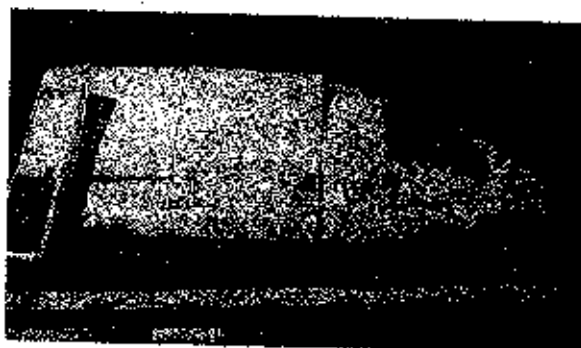
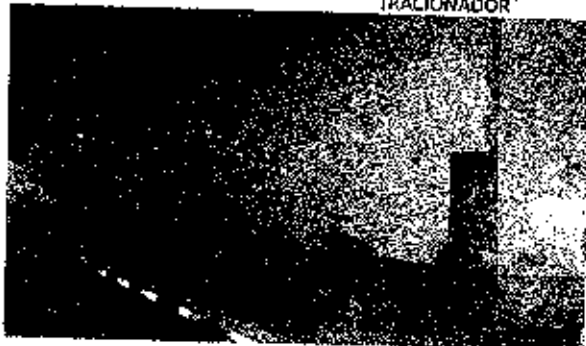


PRF

V1



EWK4844



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 E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



PRF

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 CONDUZIR VEÍCULO 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 PSICOMOTORA

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, 0000000055 - VILA CANAA, ZONA RURAL, CARUARU/PE

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



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. 8º 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

RELATORIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/DUCATO MAXICARGO

Placa: EWK4844

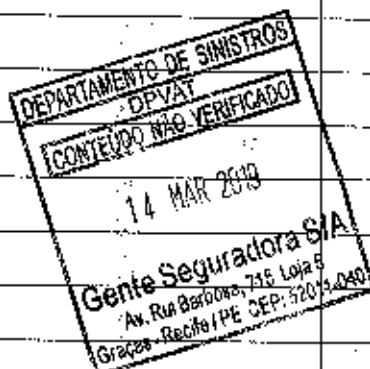
Nome do agente: FABIANO LACERDA

Nº BOAT: 18026547B01

Matrícula do agente: 1515252

Data: 27/04/2018

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	N/A***
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 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 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	Aspoalho 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 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 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: 04434400428 Nome completo da vítima: 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-INT Endereço: RUA DO CANA Número: 1002 Complemento: CASA
Bairro: VILA CANA Cidade: CAEVARU 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).

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa pré-judicância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora SIA
Rua Barrosa, 715 Loja 5
Graciosa - PE 55011-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CAEVARU PE 11/03/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maurilio Barbosa da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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 Mª de M. Capibaribe
Coordenadora do SAMU
Matrícula: 5407788-3

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AL. 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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSE CAETANO DA SILVA CPF: 184.881.374-00		DATA DE VENCIMENTO 10/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 67,11		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 053382802		CONTA CONTRATO 007008760505 Nº DO CLIENTE 2002423948 Nº DA INSTALAÇÃO 0000783438	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA POVOADO CANAA 1002 POVOADO CANAA/VILA CANAA 55026-490 CARUARU PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
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 e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 072D.39D3.0ACD.78EB.28CA.1EEA.624F.4F7E					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	81,00	0,75250324	60,95
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 042337364-13/12/18			0,50
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0900 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			67,11

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
60,95	25,00	15,23	60,95	1,01	0,61	60,95	4,68	2,85

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)	9,52159060			kWh
			MAR 19	81
			FEV 19	85
			JAN 19	76
			DEZ 18	92
			NOV 18	86
			OUT 18	74
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			SET 18	102
	R\$	%	AGO 18	88
Geração de Energia	18,89	31,88	JUL 18	87
Transmissão	2,80	4,59	JUN 18	69
Distribuição (Custeio)	13,08	21,46	MAI 18	81
Energias Soterais	3,37	5,53	ABR 18	30
Tributos	18,89	30,88	MAR 18	121
Perdas de Energia	4,12	6,78		
TOTAL	60,95	100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M3	M3/ANEXO	M3/CONSUMO	M3/CONSUMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003132147670	CAT	07/02/2019	10.462,80	11/03/2019	10.462,80				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 1. DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 MAR 2019

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,50	5,31	10,82	21,25
FIG-No.de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,50	3,03	0,06	0,00
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22	
Valor do Encargo de Use = R\$ 22,30					
Todo Consumidor deve solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIG, DMIC e DICRI a sua empresa fornecedora.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto do coquei Jefferson Felix leite me: osm 228 deputado@leg.br e me travassos: r
osio 228 deputado@leg.br e lista completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 99.459/13.
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 58/13.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AGU

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007008760505	03/2019	67,11	10/04/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 671100110077 008760505107 137860282231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Almeida, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-902
CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
04/01/2019	01/02/2019
DATA DE VENCIMENTO	05/02/2019

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

Consumo Atual (kWh)

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 MEMORA 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, que a residência informada é verdadeira, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>asiguros1994@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

HTCG-Painel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1643353 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanesca Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: MAURILIO BARBOSA DA SILVA Nascimento: 08/09/1980

Endereço: R. VEREADOR CREUDO RODRIGUES Sexo: M Telefone: 995405678
Idade: 337 Bairro: CENTRO

Cidade: Toritama RG: 6455222 Nº: 202
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO CPF: 04434400428 Profissão: MOTORISTA

Responsável: GERILANGELO OLIVEIRA Data de Atend: 27/04/2018 CNS: 1452652

Estado Civil: Casado(a) CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entalhe subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Corcova
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-corcova
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Morredura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Forclista
31. Parosia
32. Paratetisia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma (Capotamento)

<http://710.1.1.148/projetohtcg/impurgencia.php?contar=1643353>

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de capotamento, trazido pelo SAMU com presença de ferida e calor cervical. Refere dor em membro superior esquerdo com ferimento extenso e profundo. Nega perda de consciência e vômitos. Sem queixas torácicas e abdominais.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 130/90 HGT: 132 SatO2 96 FC 95

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* às: Dia: / /

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Politrauma</i>	<i>08h10min</i>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maurício Barbosa da Silva		
End:	R. Verandes Claudio Rodrigues	Bairro:	Centro / Fátima
Data de Nascimento:	08-09-80	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ad. 12345	Data do Atend.:	27-04-18
		Hora:	16:35
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácels de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- Urgência*
- (✓) Vermelho - atendimento imediato
 - () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Bruna Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PA 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Liberto Alexandre Brasil

Paciente: Liberto Alexandre Brasil Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/04	<p>1. Dose zero 270 mg de VPPA</p> <p>2. S.F. 97. 1500mg (2x) 12h</p> <p>3. Diltiazem 7-2 (2x) 6h</p> <p>4. Nitroglicerina 20mg (2x) 12h</p> <p>5. Clonazepam 600 (2x) 6h</p> <p>6. Glicina 300mg (2x) 8h</p> <p>7. SAT 5.000 UI 1mg 16h</p> <p>8. Curativo</p> <p>9. Cicatrizante</p>	<p>12h 18h 0h</p> <p>0h 18h</p> <p>6h 12h 18h 0h</p> <p>6h 14h 22h</p>	<p>Paciente vítima de</p> <p>capotamento, fratura</p> <p>torácica esquerda em</p> <p>braccio.</p> <p>APNVIOL.</p> <p>07.30h Feito SAT</p> <p>OT: Ad. C. Cirurgião</p>
	<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>		<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>
			<p>De: Prontuário subscrito a ocorrência</p> <p>episódios de insucesso</p> <p>No momento em tempo</p> <p>Ed: Vpml</p> <p>Willy de A. C. Cirurgião</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>

1643459

[illegible]



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Maurício Barbosa da Silva			
Data da Operação	27/06/18	Enf.	Leito
Operador	Dr Luiz Juvenio	1º Auxiliar	Dr Yury (MRZ)
2º Auxiliar	—	3º Auxiliar	—
		Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Linf. de f. para os m. do Biceps (E)	
Tipo de Operação		Linc + desbridamento + sutura	
Diagnóstico Pós-Operatório		O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia		O	
Exame Radiológico no Ato		NS	
Acidente Durante a Operação		NS	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em DDH sob Anestesia.
- 2) Aspiria + Antibiótico + Gesso externo.
- 3) LMC + Desbridamento da Tendão Desvitalizado.
- 4) Evidenciada lesão muscular profunda e pontos de sutura.
- 5) Pontos de aproximação em músculo.
- 6) Lavagem de fô do S.F. 2.º.
- 7) Sutura de aproximação na pele.
- 8) Curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Rio de Janeiro / PE CEP: 52011-040

Vivry de Paiva
ORTOPEDIA / TRA
CRANIO?



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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 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:

Maurício Barbosa da Silva

DN: 08/09/89

QI *Salu03* CONVÊNIO *SUS* IDADE *37a* REGISTRO *1643353*

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Int. complica Intc + Desbrida. de ferida

CIRURGIÃO

Dr. Yuri R

ANESTESIA

Guilherme de Jesus MSE

ANESTESIA

Dr. Socorro Abreu

INSTRUMENTADORA

- Costa -

DATA

27/09/2018

INÍCIO

22:30

FIM

23:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Catel. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>30</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
<i>02</i>	Inova ml <i>medozan</i>		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<i>03</i>	Mercaína <i>civ</i> % ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<i>01</i>	Pavulon amp. <i>xilo civ</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>Q5</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
<i>02</i>	Protexido l/m <i>propofol</i>	<i>Q5</i>	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<i>04</i>	Mononylon	<i>0</i>
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23 20			
	Água Destilada amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 11			
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			
	Dipirona amp.		Luvas 7.0			
	Flaxidol amp.	<i>01</i>	Luvas 7.5			
	Flebocortid amp.	<i>01</i>	Luvas 8.0			
	Geramicina amp.	<i>01</i>	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>3L</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<i>Q5</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>02</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>02</i>	SG Ringr fr 500 ml	<i>00</i>
	Prolamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>01</i>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	<i>05</i>	<i>55091. 71 mm</i>	
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
<i>02</i>	<i>Amikacin</i>		Sonda Uretral nº			
<i>02</i>	<i>insulin</i>		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<i>02</i>	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	<i>02</i>	Latese		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>6.000ml</i>		(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Agulha p/ raque nº				() Serra	() Eletrocautério
<i>05</i>	Álcool de Enfermagem				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
	Álcool Iodado ml				() Foco Frontal	() Cardiomonitor
<i>01</i>	Ataduras de Crepon				(<input checked="" type="checkbox"/>) Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULAR DE RESPONSABILIDADE
CAREN 604.386

Diagnóstico

Lesão extensa braço e

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Maunlio Barbosa Alojamento: 1 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/11	1. DIETA LIVRE		
	2. SRI 1500ML EV 24H	12/24	ORTOPEDIA
	3. CEFTRIAXONE 1G + ABQ EV 12/12H	12/24	BEG. estável
	4. DIFENHIDRAMINA 2MG EV 6/6H	12/24	sem intercorrências
	5. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	12/24	
	6. TILAMAL 100MG + 100ML SF 0.9 EV 8/8H S/N	12/24	
	7. NAUSEORON 1 FA + AD EV 8/8H S/N	12/24	
	8. TILATIL 20 MG + AD - EV 12/12H	12/24	# CO: VPM
	9. CLEXAME 40 ML 5% 1x/DIA	12/24	A enfermagem
	10. CURATIVO 1x/DIA	12/24	
	11. SSVV + CEGG	12/24	
	Clindz. 600mg EV 6/6h	12/24	
	gent. 240mg EV 6/6h	12/24	

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Maurício 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:

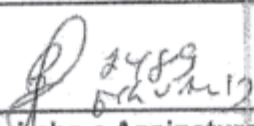
Poli-trauma

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:	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maurício Barbosa da Costa Registro: _____

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O
(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausulta 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 da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

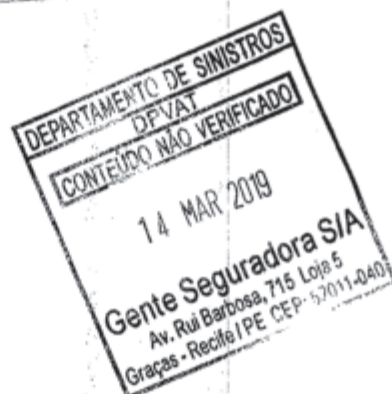
Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PREScrição de Enfermagem	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Atentar glômia capilar, anotar e medicar CPM.		() Melhora e aceitação alimentar.
() Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, repouso em 30 minutos).		() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Avaliar alterações de sinais vitais.		
() 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.		() Manutenção de 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 do curativo.		() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		(x) 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 ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
() 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) Diminuir o risco de infecção.
(x) 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.		
() Contar o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Assinatura do Enfermeiro(a): Enf.ª JAILMA ROSEN ZARER

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NCC 2010, CIBR/ESL.D.SOLUÇA; SAE, 2 ed. 2013.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maurício 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 PSICOBIOLOGICAS

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 (☐) Midríaticas

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 da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS 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.

FONTE: BORDINHÃO, R.C: Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

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



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

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Sy S. Jaelma RAEEN 23661

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

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

HTCG-Painel Administrativo

RECETARIO MEDICO

31794612

Quilante vítima de
incidente de carro apresentando
lesões estensas em grupo 10

Cd. Ad C. Cincinco
FITIO

Dr. Wagner Falcão
Gastropediatra
CRM-PB 8045

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Voltringer Oliveira Corvelo
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
967112420

967112420

PROCURADO PLASTIFICAR

967112420

MAURILIO BARBOSA DA SILVA

DOC IDENTIDADE ORG EMISSOR / UF
6455222 SDS PE

CPF
044.364.003-20

DATA NASCIMENTO
08/09/1980

PLACAO
NAO DECLARADO

MARIA DO CARMO DA
CONFERENCIA

FORMACAO
AD

VALIDADE
16/10/2018

VALIDADE
30/09/2011

NUMERO
05316187456

OBSERVAÇÕES
Hab Prod Perigosos
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Titular
Maurilio Barbosa da Silva

SIGNATURA DO TITULAR
23/10/2014

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIMBARIS - PE

ASSINATURA DO EMISSOR
41355145208
PE062847365

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Almeida, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-902
CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
04/01/2019	01/02/2019
DATA DE VENCIMENTO	05/02/2019

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

Consumo Tricésimo (kWh)

Consumo Quadrécimo (kWh)

Consumo Quinquagésimo (kWh)

Consumo Sexagésimo (kWh)

Consumo Septuagésimo (kWh)

Consumo Octogésimo (kWh)

Consumo Nonagésimo (kWh)

Consumo Centésimo (kWh)

Consumo Centésimo e primeiro (kWh)

Consumo Centésimo e segundo (kWh)

Consumo Centésimo e terceiro (kWh)

Consumo Centésimo e quarto (kWh)

Consumo Centésimo e quinto (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

Consumo Tricésimo (kWh)

Consumo Quadrécimo (kWh)

Consumo Quinquagésimo (kWh)

Consumo Sexagésimo (kWh)

Consumo Septuagésimo (kWh)

Consumo Octogésimo (kWh)

Consumo Nonagésimo (kWh)

Consumo Centésimo (kWh)

Consumo Centésimo e primeiro (kWh)

Consumo Centésimo e segundo (kWh)

Consumo Centésimo e terceiro (kWh)

Consumo Centésimo e quarto (kWh)

Consumo Centésimo e quinto (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

Consumo Tricésimo (kWh)

Consumo Quadrécimo (kWh)

Consumo Quinquagésimo (kWh)

Consumo Sexagésimo (kWh)

Consumo Septuagésimo (kWh)

Consumo Octogésimo (kWh)

Consumo Nonagésimo (kWh)

Consumo Centésimo (kWh)

Consumo Centésimo e primeiro (kWh)

Consumo Centésimo e segundo (kWh)

Consumo Centésimo e terceiro (kWh)

Consumo Centésimo e quarto (kWh)

Consumo Centésimo e quinto (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

Consumo Tricésimo (kWh)

Consumo Quadrécimo (kWh)

Consumo Quinquagésimo (kWh)

Consumo Sexagésimo (kWh)

Consumo Septuagésimo (kWh)

Consumo Octogésimo (kWh)

Consumo Nonagésimo (kWh)

Consumo Centésimo (kWh)

Consumo Centésimo e primeiro (kWh)

Consumo Centésimo e segundo (kWh)

Consumo Centésimo e terceiro (kWh)

Consumo Centésimo e quarto (kWh)

Consumo Centésimo e quinto (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

Consumo Tricésimo (kWh)

Consumo Quadrécimo (kWh)

Consumo Quinquagésimo (kWh)

Consumo Sexagésimo (kWh)

Consumo Septuagésimo (kWh)

Consumo Octogésimo (kWh)

Consumo Nonagésimo (kWh)

Consumo Centésimo (kWh)

Consumo Centésimo e primeiro (kWh)

Consumo Centésimo e segundo (kWh)

Consumo Centésimo e terceiro (kWh)

Consumo Centésimo e quarto (kWh)

Consumo Centésimo e quinto (kWh)

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE ALMEIDA, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO - CEP: 50050-902

CNPJ: 06.000.000/0001-01 | INSC. EST. 00594543-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA-CONTRATO: 7005749886

QUANTIDADE: 133,00000000

PREÇO (R\$): 0,71979022

VALOR (R\$): 96,73

VALOR (R\$): 6,31

Consumo Atual (kWh)

Consumo Mês (kWh)

Consumo Anual (kWh)

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Semanal (kWh)

Consumo Diário (kWh)

Consumo Hora (kWh)

Consumo Minuto (kWh)

Consumo Segundo (kWh)

Consumo Terceiro (kWh)

Consumo Quarto (kWh)

Consumo Quinto (kWh)

Consumo Sexto (kWh)

Consumo Sétimo (kWh)

Consumo Oitavo (kWh)

Consumo Nono (kWh)

Consumo Décimo (kWh)

Consumo Undécimo (kWh)

Consumo Duodécimo (kWh)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

GETRAN - CE Nº 013400927839
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 00430/26835 - 0000000000 - 2017

ERICK RIBEIRO FELICIANO

PORTALIZA / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

02562112300 - 0000000000 / CE

Ligor Pontes
Superintendente

01/06/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013400927839 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2017-03/06/2017

01 02562112300

00450726835

2011 10

93W2450534C2068478

00450726835

2011 10

93W2450534C2068478

00450726835

2011 10

93W2450534C2068478

00450726835

2011 10

93W2450534C2068478

00450726835

2011 10

93W2450534C2068478

PRÊMIO TARIFÁRIO

30

4.15

0.27

12/06/2017

01462

01462

01462

01462

01462

01462

01462

01462

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1204

MOTOR: F1A1E04B17151570 01462



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

RECIBO CE Nº

013400927839

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa
Graciosa - Recife - PE

ASSINATURA

01462
ENK4844
00450726835
134826 01923

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARILIO BARBOSA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 27/04/18 CPF DA VÍTIMA 04434400428
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA ME MORA DE A.FELIANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 3000 BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SUBUIM UF PE CEP 55750-00
 E-MAIL aqueguemay@yma.com.br TELEFONE (81) 9700

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

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)
 () 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, TAIS 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

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 IDENTIDADE 4810 389 55476
 ASSINATURA Adriana M. de M.

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

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

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- MAURILIO BARBOSA DA SILVA	
NACIONALIDADE- BRASILEIRA	COBERTURA: INVALIDEZ
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR	DATA DO ACID: 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, CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

CARTÓRIO ÚNICO
Reconheço
TORITAMA-PE

CARUARU - PE 03 DE JULHO 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

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
Aut. do Tabelião: TIT. LAR - Maurilio Barbosa da Silva Araújo Substituta - Huiara Maria Cristina da Silva Araújo Substituta
RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-000 - 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 da verdade.
Substituta: HUIARA MARIA CRISTINA DA SILVA ARAÚJO Ems. 3,59, TSNR
0,80, FERC 0,40 Total R\$4,79 Selo: 0076752.HYJ06201801.02745
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMISSÃO DE RESURSA



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

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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