



28/08/2020

Número: **0801578-27.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 26.325,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33729 164	28/08/2020 14:35	<a href="#">2745224_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180534056**

Vítima: **ROBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **18/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180534056**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13597194

Pag. 00897/00898 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROBERTO DOS SANTOS**

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

Autorização de pagamento  
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01917/01918 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13599272



## 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: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**  
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **5/N** Complemento: **—**  
Bairro: **Sorribandia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**  
E-mail: **verasdpvat@hotmail.com** Tel. (DDD): **(83) 99919-4307**

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

RENDA 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0558** CONTA: **65055** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

13 NOV. 2018

(\*) 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.



## 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: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**  
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **S/N** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Sorribandia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**  
E-mail: **Verasdpvat@hotmail.com** Tel.(DDD): **(83)99919-4307**

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

#### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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: **0558** ☐ CONTA: **65055** **9** ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
ou representante

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

28 NOV. 2018

(\*) 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 POLICIAL N° 584/2018/DPVAT**

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**  
Data do fato: **18.08.2018** HORÁRIO: **18H00 MIN.**  
Data de notícia do fato a Depol: **19.09.2018**  
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



**NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS**, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

**VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.**

**HISTORICO DO FATO,**

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, **ROBERTO DOS SANTOS**, ao conduzir uma MOTOCICLETA **HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAM 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS** quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (reductor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; **QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRURGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO**; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de setembro de 2018.



☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0

POLEGAR  
DIREITO

13 NOV. 2018







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**  
**Nº 584/2018/DPVAT/ADITAMENTO**



Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO  
Data do fato: 12.08.2018 HORÁRIO: 18H00 MIN.  
Data de notícia do fato a Depol: 19.09.2018  
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

**NOTIFICANTE:** ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRACISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

**VÍTIMA:** O PROPRIO DECLARANTE.

**HISTORICO DO FATO,**

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, ROBERTO DOS SANTOS, ao conduzir uma MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAL 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (reductor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRURGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 20 de novembro de 2018.



**ASSINADO NO ORIGINAL**

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada \*\*

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Elisângela N. Dantas  
Mat. 155.719-0

*Elisângela N. Dantas*  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0

POLEGAR  
DIREITO

28 NOV. 2018



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**  
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **5/N** Complemento: **—**  
Bairro: **Sorribandia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**  
E-mail: **verasdpvat@hotmail.com** Tel. (DDD): **(83) 99919-4307**

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

**RENDA 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): ☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0558** CONTA: **65055** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
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: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

13 NOV. 2018

(\*) 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.





**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 12/08/2018	ID da Ocorrência: 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: : Hs	Hora de Chegada no Local: : Hs
Paciente / Usuário: ROBERTO DOS SANTOS				Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Virolópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: VIA PUBLICA				Bairro: SORRILINDIA I	Médico Regulador: JERFASON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16583		
Destino (Unidade Hospitalar):				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
CAUSAS EXTERNAS Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:				Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
				<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
				Quais?

**1 - DADOS VITAIS**

PA: _____	FC: _____	FR: _____	HGT: _____	SpO2 - S/O2: _____	SpO2 - C/O2: _____
-----------	-----------	-----------	------------	--------------------	--------------------

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente inconsciente, apresenta sangramento nasal e oral hemostático em olho D + corte cardíaco (2.º folheto) e encaminhado a USA - realizado protocolo de R1 + R2 + O2.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

Diagnósticos de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal hemostático e ferimento no tórax, foi encaminhado a USA que conduziu o paciente ao HRS.

**ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**

13 NOV. 2018



**2 - VIA AÉREA**  
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**  
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**  
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**  
☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

**3 - CIRCULAÇÃO:**  
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

**3.1 - EDEMAS:**  
☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

**3.2 - PERFUSÃO**  
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**  
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**  
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**  
 ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**  
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_  
 Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não  
☐ Sim  
 Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** \_\_\_\_\_ **MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_  
**TEC. ENFERMAGEM:** Rosângela D. Silva **COREN:** 411416  
**ENFERMEIRO(A):** Ricardo Roberto de C. Silva **COREN:** 705129  
**MÉDICO(A):** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

**Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -** ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

**NOME:** \_\_\_\_\_ **RG / CPF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA (IR) IRPICA:** \_\_\_\_\_

13 NOV. 2018



FRANCISCA ANA DOS SANTOS  
RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88 - SORILANDIA  
SOUZA / PB CEP: 58905-110 (AQ: 177)  
Emissão: 23/07/2018 Referência: Jul / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MOVOFÁSICO B330, Km 35 - Canto Residencial - Jd. B. Passos - PB - CEP: 58971-400  
Ritmo: 12 - 177 - 195 - 3680 Nº medidor: 90205048789

ENERGISA  
ENERGISA PARÁRQUA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 08.086.927/0001-00 - Ins. Est. 16.016.102-0  
Nota Fiscal / Conto de Energia Eletrônica nº 104  
Cód. para Dts. Automático: 9000440394

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br  
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Jul / 2018 23/07/2018 22/08/2018 499.114.342-8  
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/846686-4

Canal de contato  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/06/18	18578	23/07/18	18720	
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base CCI	Valor Base CCI
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,253290	7,58	7,58
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,434210	30,39	30,39
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	55,000 0,881500	36,82	36,82
0801	Adic. B Vermelha		7,80	7,80
0810	Subsídio		44,72	44,72
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA		0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2018		0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018		0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio		0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 109,80 126,13 34,05 126,13 1,36 6,30

VENCIMENTO 30/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 109,60

Histórico de Consumo (kWh)  
175 | 186 | 218 | 238 | 185 | 203 | 221 | 211 | 189 | 189 | 182 | 189  
Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18

f070.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a

Indicadores de Qualidade			Discriminadas		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,35	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia PB	109,60	100,00
DIC TRIMESTRAL	34,50	CONTRATADA	Curiosidade de Energia		
DIC ANUAL	3,48	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão		
FC MENSAL	6,97	LIMITE SUPERIOR	Encargos Setoriais		
FC TRIMESTRAL	13,95		Impostos, Contribuições e Encargos		
FC ANUAL	3,53		Outros Serviços		
DMC	1,53				
DCRI	1,22				

ATENÇÃO  
Faturas em atraso

13 NOV. 2018



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Adenir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634 / 35 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Roberto dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634 / 35 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua José Fagundes de Lira</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>— 1 —</u>
Bairro <u>Grto Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Verasdpvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 9 9919-4307</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 8181-8197</u>

Sousa-PB, 12 de Novembro de 2018

Local e Data

Carlos Adenir Veras Pinheiro

Assinatura do Declarante



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data <b>12/08/2018</b>	ID da Ocorrência <b>0048</b>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <b>02</b>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário <b>ROBERTO DOS SANTOS</b>				Idade <b>30</b>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vielópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro <b>VIA PUBLICA</b>				Bairro <b>SORRILINDIA I</b>	Médico Regulador <b>JERFASON</b>	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<b>HRS</b>				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16583		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
> CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:				Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:				<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
Quais?				

**1 - DADOS VITAIS**

PA: _____	FC: _____	FR: _____	HGT: _____	SpO2 - S/O2: _____	SpO2 - C/O2: _____
-----------	-----------	-----------	------------	--------------------	--------------------

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente inconsciente, apresenta sangramento nasal e oral hemostático em olho D + corte cardíaco (2.º folheto) e encaminhado a USA - realizado protocolo de R1 + R2 + O2.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

Diagnósticos de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal hemostático e ferimento superficial no tórax, foi encaminhado a USA que conduziu o paciente ao HRS.

**ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**

13 NOV. 2018





**2 - VIA AÉREA**  
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**  
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**  
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**  
☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

**3 - CIRCULAÇÃO:**  
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

**3.1 - EDEMAS:**  
☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

**3.2 - PERFUSÃO**  
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**  
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**  
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**  
 ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**  
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_  
 Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não  
☐ Sim  
 Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** \_\_\_\_\_ **MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_  
**TEC. ENFERMAGEM:** Rosângela D. Silva **COREN:** 411416  
**ENFERMEIRO(A):** Ricardo Roberto de C. Silva **COREN:** 705129  
**MÉDICO(A):** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

**Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -** ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

**NOME:** \_\_\_\_\_ **RG / CPF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA (IR) IRPICA:** \_\_\_\_\_

13 NOV. 2018







13 NOV. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
Nº 013813744190  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VA-1 0104842889-0 00/00.000000 2018

ROBERTO DOS SANTOS

07906163435

07906163435

NOVO

9C2KD0810FR438549

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

ALCO/CASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 2016

2 E/162 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PARCELAMENTO/OTAS

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

0

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

0

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SUBUA PB

LOCAL

28/03/2018

11436

PB Nº 013813744190 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 1304

07906163435

07906163435

01048428890

01048428890

2015

9C2KD0810FR438549

ANO FAB

9

PREMIO TARIFARIO

0

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0

COTA ÚNICA

0

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

11436-0909345-20180328

13 NOV. 2018

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Roberto dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 3.392.885  
CPF: 079.061.634-35  
Profissão: Recuso  
Endereço: Rua Francisco Paulino da Silva, 88  
Sorribândia - Sousa/PB

### OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto dos Santos

Sousa-PB, 12/11/2018  
Local e data

Suelio Moreira Torres  
Assinatura do Outorgante

13 NOV. 2018



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412143/18

Número do Sinistro: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 079.061.634-35

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

**ROBERTO DOS SANTOS : 079.061.634-35**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 28/11/2018  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

