
Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262034

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262034

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 000000049472-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.968.424-64 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

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

5 - Nome completo: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA 6 - CPF: 048.968.424-64

7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA 2A UNIAO 9 - Número: 72 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.210-120

15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel./DDD: (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 000494720

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
M-495/20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐



RENATA KELLY C. DE ALCANTARA
SG PM - MAT. 12484-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

Município	PAULISTA			Rodovia	PE-01	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE AO N 3850					Data	29/03/20
Dia da Semana	DOMINGO	HORA/OCORRÊNCIA	20:45	Hora/Cheg./Pr		20:50	

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		ABALROAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO
Pedestre		Longitudinal		Frontal	X	Poste,Árvore		Tombamento
Animal		Transversal		Lateral		Muro,Casa		Saída da Pista
						Veículo Parado		Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		IDENT.		02	NÃO IDENT	00	TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via	X	Seca		Bom		Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada	X	Chuva	X	Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Paro"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	X
F.Retenção		Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local	X	Permaneceu no local	X
Enc. Para Exame		Socorrido	X
Não foi Realizado	X	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V1/V2		ESPÉCIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1 V2	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1 V2
De tração animal		Tração	V2	Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150 FAN	Ano	2014	Renavam	1002614459	Placa	OYL-8824
Município	CABO		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo			02	
Carregado	Apreendido			Liberado		X	Evadiu - se		
Proprietário	ALEX SANDRO LIMA DE SANTANA								
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA								
Residência	RUA DA UNIÃO, 72						Bairro	CAIXA D'AGUA	
Município	OLINDA	Rg.	6130217	Org. Exp.	SSP PE	CPF	048568424-64		
CNH/Pront./ Nº	02214917657	Categoria		AD	Validade	02/01/22	Hora/Dir.		

VEÍCULO - 02

Marca	HYUNDAI	Modelo	TUCSON	Ano	09/10	Renavam	172051606	Placa	KGR-2800
Município	JABOATÃO		Nº do Chassis				Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Evadiu - se	
Proprietário	FABIO ALVES DE BARROS								
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor	JENNER FERREIRA DE AZEVEDO								
Residência	R ANTONIO LUMACK DUMONTE , 203						Bairro	BOA VIAGEM	
Município	RECIFE	Rg.	4275905	Org. Exp.	SSP PE	CPF	847694594-91		
CNH/Pront/ Nºº	00576277730	Categoria		B	Validade		10/04/24	Hora/Dir.	

TESTEMUNHA - 01

Nome			Idade		Sexo		Profissão	
Residência			Bairro					
Município		U.F.	Rg.		Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

Nome			Idade		Sexo		Profissão	
Residência			Bairro					
Município		U.F.	Rg.		Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

VÍTIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		X		Graves		Mortais							
Nome		LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA					Motorista		X		Passageiro				Pedestre				
Estado Civil		X		Idade		36		Sexo		M		Nacionalidade		BR		Naturalidade		PE	
Profissão				Residência		RUA DA UNIÃO, 72					Bairro		CAIXA D'AGUA						
Município		OLINDA		UF		PE		Rg.		6130217		Org.Exp.		SSP PE		CPF		048568424-64	
Socorrido		CBM PE SUB JURANDIR, MAT 930137-2										Município							
Dados Fornecidos Por																			
Residência														Bairro					
Município				UF				Rg.				Org.Exp.				CPF			

VÍTIMA - 02

VÍTIMA - 02			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		Mortais	
Nome					Motorista		Passageiro		Pedestre		
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade			Naturalidade		
Profissão		Residência							Bairro		
Município		UF	Rg	Org. Exp.			CPF				
Socorrido								Município			
Dados Fornecidos Por											
Residência										Bairro	
Município		UF	Rg	Org. Exp.			CPF				



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2	V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art.176 VCTB)
Conduzir Veic.ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)
Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art 176 IV CTB)		Outras

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CB	Matricula	110974-0
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM RENATA CARDOSO		Of. Chefe da SSTA	MAJ PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME
FOI APRESENTADO

DATA: 17.07.20

ASS: *Supratulado*
mat 15424-9



RENATA KELLY E DE ALGANTARA
SD PM - MAT. 15424-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviária

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas	
Ônibus, Caminhão ou Trator -	
Trem -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -	
Pedestre	
Animal -	
Objeto Fixo	

Incêndio -	
Marcha à frente -	
Marcha à Ré -	
Derrapagem -	
Capotamento ou Tombamento -	
Local da colisão -	
Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



RENATA KELLY C. DE ALCANTARA
SGT PM - MAT. 8848-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA





BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 14951/2020).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Fui entrar a esquerda, vindo pela Av Claudio Guinles Leite em frente ao N° 3850, me distanciei por estar tendo uma ocorrência policial, pensei que poderia ser um assalto, me assustei, mas era um outro acidente, ao entrar não percebi a moto e colidimos.

Veículo: HONDA TUCSON
Nome do Condutor: JENNER FERREIRA DE ALEVEDO
RG: 4275905 Órgão Expedidor: SDS PE CPF: 847.674.594-91
Placa do Veículo: KGR 2800 Data: 29/03/2020

Assinatura: _____



Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT Nº 495/2016



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo-vos que durante o serviço na PR-13160 fomos acionados pelo CBPM para uma H02 na PR-001 JARDIM PAULISTA em frente ao N-3573. Chegamos ao local 13023mas o local do acidente e acionamos os órgãos de direito, a vítima do VI foi socorrida pelo VI CBMPG 824 CMT. SUBTEN JURANDIR MAT. 930137-2, feito o socorro e acionado IC-PE que foi preservado o local do acidente. Que foi informado pelo PERITO IC-PE ANDRÉ AMARAL MAT. 212335-5 que devido a dificuldade da gravidade teve o IC-PE não seguiria ao local devido a Pandemia COVID-19 diante do fato os veículos foram removidos do local. ENTREGUE DOS RESPONSÁVEIS:

V1 LIBERADO PARA O SR. EDMILSON MARQUES DE SANTANA RG 1191533 SSP/PE
GRUPO DE PARENTESCO: SEGO ~~TERMINAL~~ ~~TERMINAL~~
V2 ENTREGUE AO PRÓPRIO CONDUTOR E LIBERADO.

Informo-vos também que o condutor do V2 submeteu-se ao teste com ETILÔMETRO ALCOTEST 7410 PLUS RS. No teste 9387 tendo como resultado 0,00 mg/L.

V1 não submeteu-se ao teste por não ter sido socorrido pelo CBMPG.

Procedimento apontado pelo PR-18800 OPERAÇÕES:

CB 110974-0 RIZQUIEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO
GRAD/MAT/NOME



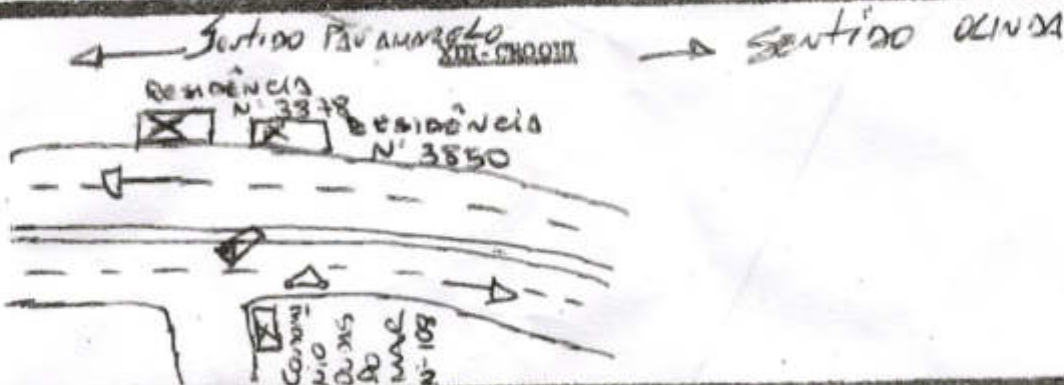


XII - ENTRADAS COMETIDAS

Dirigir w CNH (Art. 167, I, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Part obrig. (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig. (Art. 232 CTB)
Dirigir sob influência Alcool. (Art. 168 CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176 CTB)
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176 CTB)
Deixar de preservar local de acd. (Art. 176 III CTB)
Deixar de remover veic. Qds Deixem (Art. 176 IV CTB)

v1	v2

Deixar de prestar socorro. P/ (Art. 176, v. CTB)
Deixar de prestar socorro. P/ (Art. 176, v. CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Part obrig. (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig. (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230 IV CTB)
Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
Conduzir veic. s/ Alter De caract. (Art. 230 VII CTB)
Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230 IX)
Omitir



XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outros veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Trator
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo

Incêndio
 Marcha à Frente
 Marcha à Ré
 Derrapagem
 Capotamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

KGR 2800

VEÍCULO - 1

QUEBRAMENTO: RETROVISOR ESQ.
CAPA DO FAROL
PEDAL TRASEIRO ESQ.
CINTURÃO DE SEGURANÇA
AMASSAMENTO: PARETE ESQ. E DIR.

VEÍCULO - 02 HYUNDAI - TUCSON

QUEBRAMENTO: PARACHOVE DIANTEIRO; FAROL
DIANTEIRO ESQUERDO; FAROL DE MILHES ESQUERDO
AMASSAMENTO: CAPA; PARACHOVE DIANTEIRO
ESQUERDO; CAPA DO PARACHOVE DIANTEIRO
ESQUERDO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRICULA.

NOME:

CB.

110974-0

ASS:

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



Oäger

NO. 128 DE 03/12/1973
ADDITIONAL DENATION
NO. 128 DE 17/12/1973
COURT OF CONTROL

ANALYSE COMPLÈTE DE
NO. 128 DE 03/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973

NOM :
JENNER
FERRERES
03/12/1973
EXAMINÉ EN
CB FERRERES

0.00 mg/L
ASSINATURE



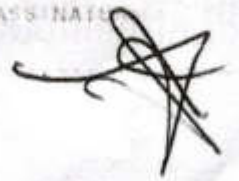
Oäger

NO. 128 DE 03/12/1973
ADDITIONAL DENATION
NO. 128 DE 17/12/1973
COURT OF CONTROL

ANALYSE COMPLÈTE DE
NO. 128 DE 03/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973
NO. 128 DE 17/12/1973

NOM :
JENNER
FERRERES
03/12/1973
EXAMINÉ EN
CB FERRERES

ASSINATURE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.968.424-64 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

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

5 - Nome completo: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA 6 - CPF: 048.968.424-64

7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA 2A UNIAO 9 - Número: 72 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.210-120

15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel./DDD: (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 000494720

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000049472-0

Nr. da Autenticação 139449DBE3F93800

amil
dental



LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
R DA UNIAO 72
CAIXA D AGUA
53210-120 OLINDA PE



PS201932
300294



Correios

R\$ 02,05

24.03.20 - 12:08

CARTA

ADF PACAEMBU / SPH

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUENINO DOS SANTOS BARBOSA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.968.424-64, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

LUENINO DOS SANTOS BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.968.424-64

_____, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 23 de Julho de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/03/2020 21:37

Nome Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/10/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36 anos
Senha: 0147
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/03/2020 21:38 - 29/03/2020 21:40

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO C.B RELATO COLISAO DOR EM MSD E CORTE EM LABIOS NEGA
VOMITOS E TONTURA

Observação:

ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2020 21:40

Endereço: 1610438

Data e Hora: 29/03/2020 21:49

Paciente: 539733 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA

Nome do Pai: LUCIO BARBOSA

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: PASSARINHO

Endereço: RUA JOSE FERREIRA DA SILVA

PE

Cep: 53170035

Usuário Atendimento: MARINEIDESM

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão:

Fone: 87915797

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor no membro @ na 2ª metáfase

Nada mais

Exame Físico

M. sin. L. I

Hipótese Diagnóstica

L. I

Conduta Terapêutica

Tratamento transferido para o médico

22-41

Prescrição Médica

DIPLOMA 20+ 20, 50, 616
- Glicofens 100mg + 100mg 50, 19, 1, 12/14

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.051

Carimbo/Médico



1610438

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resultado da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/03/2020 21:41

Nome Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0148
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/03/2020 21:41 - 29/03/2020 21:41

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO C.B RELATO COLISAO DOR EM MSD E CORTE EM LABIOS NEGA VOMITOS E TONTURA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - P.A. DIASTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2020 21:41

PA.
00100

Atendimento: 1610440

Senha da Classificação:

0148

Data e Hora: 29/03/2020 21:50

Paciente: 539733 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA Nome do Pai: LUCIO BARBOSA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA JOSE FERREIRA DA SILVA -- 72 Bairro: PASSARINHO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53170035 Usuário Atendimento: MARINEIDESM
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87915797
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 21:50

Queixa Principal

Dores abdominais de caráter agudo, episódicas, localizadas no hipogástrio em leve supinação. Há 2 meses, tornou-se

PA: 170 x 100 mmHg HAS 140/90 mmHg DM 140/90 mmHg

Exame Físico

BOA, LIMP, SEM

Hipótese Diagnóstico

1. Doença de intestino

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

1. Omeprazol
2. Captisol 250mg, 1x1, VO
3. Bismuto e 1x1

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

FA Senha

Carimbo/Médico



1610440

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/03/2020 11:03


Nome Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/10/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0012
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Handwritten signature

: 30/03/2020 11:25 - 30/03/2020 11:28

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5913862
VITIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO EM VIA PUBLICA NEGA TCE, REFERE HAS NAO
TRATADA ENEGA DM NEGA ALERGIAS.

fluxograma sintoma: TRAUMA
discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 182.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 89.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

RECEBIDO
HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local *Joana Darc Santos*
COREN: 213370
Enfermeiro

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/03/2020 11:28

Atendimento: 522734

Senha da Classificação:

Data e Hora: 30/03/2020 11:36

0012

Paciente: 135551 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA

Nome do Pai: LUCIO BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DA UNIAO

--

72

Bairro: CAIXA D'AGUA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente entrou em contato com dor no ombro direito há 1 dia, no momento com dor em ombro direito. Alguns dias antes (14/03) sofreu uma queda.

Exame Físico

Em consultório ortopédico. Membro superior direito normal. Membro inferior direito normal.

Hipótese Diagnóstica

Lac?

Prescrição Médica

Rx ombro direito
Tramadol 100mg + SF 100ml (FV) 8/8h 19/22/06
21613 001L por H/S
Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE 23414
Larissa Cavalcante Nutricionista CRN-67443
Edvânia Silva COREN-PE 002-ENF
internamento em Francisco
Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE 23414
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA			6 - Nº Prontuário	135551
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704804080819048	10/10/1983	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	EDILZA DOS SANTOS BARBOSA			12 - Telefone de Contato	8198791579
13 - Nome Responsável	EURIDES MARQUES			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DA UNIAO, 72 - CAIXA D'AGUA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53210120		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente encaminhado da UPa com relato de colisão de moto x carro há 1 dia, no momento com dor em ombro direito. NEGA ALERGIA E DM.
E. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
ML. +V+ DOR A MOBILIZAÇÃO

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	S431	Z000 V23.9	03.01.06.007.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	201533350380006
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES	30/03/2020	Dr. Robson Brito Médico CRM: 23414	13246

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dra. Luciana Moser Traumato - Ortopedia CRM: 17471	

AIH
262010247260-3

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

DATA NASC.: 10/10/83

NOME SOCIAL:

REG:135551

IDADE: 36 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:30/03/20

DATA DA ALTA: 31/3/20

DIAGNÓSTICO:

- LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO (SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- MEXER DEDOS DA MÃO / COTOVELO / OMBRO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: INCHAÇO IMPORTANTE / DOR IMPORTANTE OU FALTA I AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

João Marcelo Xavier
Médico
CRM- 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA	Prontuário: 135551
Idade: 36a 5m 20d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 10/10/1983
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 6130217	C.P.F.: 04896842464
Telefone:	CEP: 53210120
Endereço: RUA DA UNIAO	- OLINDA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 30/03/2020 15:44
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA
Leito: VERD2-02	508-2
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 09/04/2020
Endereço:	- Numero:	CLAUDEVAN SOUSA
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 31/03/20	Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	REVISÃO CCIH-HMA
Condições de Alta: Bom	
Diagnóstico Principal.....: Luxação Acromioclavicular Direita	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Tratamento.....: tratamento conservador	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 522758

Dt Atendimento: 30/03/2020 - 15:44

Dt Alta: 31/03/2020 - 13:17

Paciente: 135551 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
30/03/2020	
12:43	ADMISSÃO
	QPD/HDA:PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA COM RELATO DE COLISAO DE MOTO X CARRO HÁ 1 DIA, NO MOMENTO COM DOR EM OMBRO DIREITO.
	ANTECEDENTES PESSOAIS:NEGA ALERGIA E DM, HAS+
	MEDICAÇÕES DE USO:LOSARTANA 50MG
	EXAME FÍSICO:EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO MSD:NV+ DOR A MOBILIZAÇÃO
	EXAMES DE IMAGEM:
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR IV DIREITA
	CONDUTA:INTERNAMENTO <i>Dr. Robson Diniz Médico CRM PE 29474</i> <i>Dr. Francisco</i>
30/03/2020 06:00	<i>It's over</i> HD: Luxação Acromio Clavicular D PLT + EGB, eupneico, orientado, sem Queixa I. MTR, sem edema, Right Dor, NV+ CD: Aguardar Agendamento <i>Marcelo Danilous Médico CRM/PE 29418</i>
31/03/2020 12:00	<i>It's over</i> Em tempo, discutido caso com Dr. Cornélio e Dr. Antonio, que optaram pelo tratamento conservador, visto que o paciente apresentava Mobilidade em MSD e ombro preservada e indo

CD: Alta Hospital

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5913862

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 36

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Quem se machucou há 2 meses com

Hipótese Diagnóstica: LAC IV

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TCE Clínico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: WMA

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.031

Local e data

Médico Assistente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAFARÉS BUIE

EC-3

Rossana Lígia Fernandes Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 7.742.986 DATA DE
EXPIRAÇÃO 12/05/2017

SOBRE
<< ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

PAZADO
<< SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NACIONALIDADE
CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO
07/04/1973

DCC ORDEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF
884.647.684-00

ASSINATURA DO DETENTOR

317052661805134701.7451785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014485532913

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	1803818754	*****	2019

NOME
ALEX SANDRO LIMA DE SANTANA

CABO 3TO AGOSTINHO-PE 0

CPF / CNPJ	PLACA
064.859.864-59	OYL8824

PLACA ANT. UF	CHASSI
***** / PE	9C2KCL688ER025842

ESP. C. T. F. Q.	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG150 FAN L301	2019	2019

CAP. POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P / 149CL	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11		82.8456	03/02/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CABO 3TO AGOSTINHO	DATA
	14/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelle
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262034 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA GRAU V (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206018/20

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

CPF: 048.968.424-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA : 048.968.424-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262034 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA GRAU V (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA
Identidade: 6.130.217-551/PE CPF: 048.968.424-64
Endereço: RUA DA UNIÃO, nº 72, CAIXA D'ÁGUA, OLINDA-PE.
CEP= 53.210-120

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 29/03/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Paulista, 16 de julho 2020
Local e data

Luciano dos Santos Barbosa

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP 53401-400 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9001

Reconheço por autenticidade a firma LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA;
Dou fé. Paulista/PE. 16/07/2020 08:26:32 Emol: R\$ 3,67; TSNR: R\$ 0,82; FERC: R\$ 0,45; ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04; FUNSEG 0,08. Op. 197
SÉRGIO HENRIQUE DASILVA - Escrevente autorizado.

Selo 0077552.YIU07202003.01048

Consulte a autenticidade em www.pe.jus.br/selodigital

NOTAS: Constituições, Atos Notariais, Protestos, Reconhecimentos, Leilões, Autenticações, ETC.
• Registro Geral de Imóveis - RGI



AA503837

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206018/20

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

CPF: 048.968.424-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: LUCIANO DOS SANTOS
BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA : 048.968.424-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA