



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07035920920208010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 16/11/2020 16:47:09

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2765358_CONTESTACAO_0
1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição: 2765358_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 1-15.pdf
Anexo - Petição: 2765358_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 16-23.pdf
Anexo - Petição: 2765358_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 24-35.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
1-9.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
10-18.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15184965

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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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

Carta nº 15196052

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672037**

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000069788-5

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.

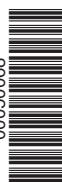
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672037 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: PG. 3,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. (ILEGÍVEL), HOSPITAL - HUERB - PG. 15. DATA: 28/11/2019.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44

7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 10 - Complemento: 57

11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 8422-6055

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: 2278 D13 CONTA: 69788 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar tovelinhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a utilização do restante o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.



Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

023.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4^a REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020027/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2018 09:25 Data/Hora Fim: 09/07/2018 09:29
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4^a Regional

Data/Hora do Fato: 21/05/2018 18:00

Local do Fato:

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: ESTRADA DO CALAFATE

Bairro: Conj. Habitacional

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s) Empregado(s)
1093 Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Sena Madureira Sexo: Feminino Nasc: 08/03/1978

Profissão: Dianista Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteirona

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Freitas

Nome do Pai: Sebastião Maurício Ferreira

Documento(s):

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.814.202-44

Endereço:

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Projeta

Bairro: Floresta Sul

Telefone: (68) 99936-4746 (Celular)

Nº 57

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA NO LOCAL ACIMA CITADO NA CALÇADA QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA. A MESMA FICOU BASTANTE LESIONADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020027/2018

ASSINATURAS



Fernanda Moraes de Oliveira
(Responsável pelo Aendimento)



Antonia Francelina de Freitas Ferreira
(Comunicante / Vítima)



Fabrizio Leonard da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1



Declaração de Acidente de Trânsito N° 426/2018

COMUNICAMOS A V. S.º QUE NESTA DATA COMPARCEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 21/05/2018	HORA: 18:00
LOGRADOURO: ESTRADA DO CALAFATE	
BAIRRO: VILA BETEL	CIDADE: RIO BRANCO
REFERÊNCIA: PRÓX A FUNDAÇÃO BRADESCO	

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA:	MARCA:	MODELO:	ESPÉCIE
RENAVAM:	CHASSI:		COR: UF:
PROPRIETÁRIO:			CPF:
ENDEREÇO:			CIDADE

3. DADOS DA VÍTIMA

() CONDUTOR	() PASSAGEIRO	() CICLISTA	(X) PEDESTRE
NOME: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA			ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: FEMININO	NASCIMENTO: 08/03/1978		
CPF: 701.814.202-44	PROFISSÃO: DIARISTA		
RG: 353300	ORG.: SEPC/AC		
NATURALIDADE: SENA MADUREIRA			NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			
REGISTRO DA CNH:	CATEGORIA:	VALIDADE:	UF:
ENDEREÇO:		CIDADE:	

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra. ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA que relata que no dia, local e horário supramencionados estava na calçada conversando com seu cunhado quando, de repente, foi atingida em cheio por uma motocicleta, que segundo ela era uma CB 300 de cor azul, mas que não foi possível identificar a placa, pois o condutor se evadiu, sem prestar socorro à vítima. A vítima teve três faturas na perna direita e encaminhada ao Pronto Socorro de Rio Branco pela Equipe do SAMU conforme consta no B.E. nº 2553929.

Assento na calçada da Rua Tancredo Neves
DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: AKAUANY FERRAZ PEREIRA	RG: 4538
POSTO/GRAD: SD PM	MATRÍCULA: 9378456-1
DATA: 03/07/2018	HORA: 15:00
ASSINATURA: <i>Akauany Ferraz Pereira</i>	OPM: BPTRAN

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.



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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44

7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 10 - Complemento: 57
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 8422-6055

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 69788 5

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à testemunha da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar tovelhinhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		nasceu(faleceu)?	teve irmãos?		pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a utilização do restante o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.



Brenda Francelina de Freitas Ferreira

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

023.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Francelina de Freitas Ferreira

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44

7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 10 - Complemento: 57

11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 8422-6055

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: 2278 D13 CONTA: 69788 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar tovelinhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) ou recém-nascido(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a utilização do restante o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.



Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

023.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44

7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 10 - Complemento: 57
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 8422-6055

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: 2278 D13 CONTA: 69788 5

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar tovelinhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a utilização do restante o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.



Brenda Frates da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

023.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Frates da Silva

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

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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:

16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 00000069788-5

Nr. da Autenticação C286662177F3F8F8

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:58 USUARIO: CONCEICAO
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
 IDADE : 40 ANOS NASC: 08/03/1978
 ENDERECO : TRAV. BOM JESUS
 COMPLEMENTO : LOTE 57 BAIRRO: FLORESTA SUL
 MUNICIPIO : BUJARI UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE : SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA /MARIA DA CONCEICAO DE FREIT
 RESPONSAVEL : A MESMA VEIO NO SAMU TEL...: 99919-70
 PROCEDENCIA : VILA BETEL MAE
 ATENDIMENTO : ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL : SIM PLANO DE SAUDE... : NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [120 X 80 mmHg] PULSO [1] TEMP. [37] PESO [70] FC [78] SPO2 [100]

EXAL COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. TROVADO PELA SAMU ORIENTAL
EM TRAJANO E ESTRELA, GUARAPUAVA-PR, 15/15 (MOTO).
APRESENTA: FRACOES, FOTOMAGNETES. COLETA DE PELAS PERNAS LATERAL DIREITO. Ausculta per-
MANV PRESORARIO EM AMBOS OMBROS PRECOCES. Ausculta ONDA PULMONAR MONOFONICA
DEZ. ENFERMAGEM: CLASSE: BISCO: 1 VERDE 1 AMARELO 1 VERMELHO 1 AZUL 1

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ASSESS. Fisiol. Início, Nível & Profund. (Risco),
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] Níveis Int. Dif. P. Com Definição
Sensação e Sintoma - BISNAP SINTOMAS

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

① San Francisco 100,000 0,41 + Trans. 100,000 EU Lento

② TC DE CERVO E CAVUM CERVICALE

3) Ry. Tank, Aurora, Minn. Inf. Dr. 12.

CONTINUOUS VITAMIN

DATA DA SATRA: / /

[] ENCATINADO AO RECEBEDOR
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE) [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT [] PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

21/05/2018

USG Abdominal

fls. 73

- Órgão Abdominal sem lesões nítidas na ecografia
- Sem líquido livre na cavidade peritoneal.

Dr. Kieran

cm 864 AC.

20.40h. USG Abdominal sem lesões nítidas.
Rx de torno, durante sem alterações.

Arteira (mucosidade)

gasos

Rx abdômen interno com fissuras TMA e Fissura.

① Realiza Sutura negra frontal e nasal.

- ② Sutura anterior mucocutânea
- ③ Sutura anterior oral/escoria

Dr. Bruno Braga
Residente - Clínica
CPM/USP



21/05/18
112.10.66

Nelma Q.

paciente GCS 15/15
seus fagocilações motoras
ou sensitivas
fazem reflexos e automismos
parescidos.
TAC/Rx seu macho
neurológico está estável
dos cuidados da enfermagem
C-G.

De Ian Júnior

13/03/2018 no momento admissível
deu no exame cirúrgico
eletrodo, respondeu de maneira
adequada com a consciência.

Maria José Monteiro
Enfermeira
77206



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA	SALA	DATA	
NOME DO PACIENTE			
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>	RAQUEANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA	
PROCEDIMENTO REALIZADO			
INÍCIO DA CIRURGIA		TÉRMINO DA CIRURGIA	
CIRURGÃO		AUXILIAR(ES)	
ANESTESISTA		INSTRUMENTADOR	
CIRCULANTE		ENF	

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA CI/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PÉRIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRURGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRURGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAIFLEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 16:50	HORÁRIO: 04:00	HORÁRIO: 14:30
PA: 100 x 78	PA: 100 x 76	PA: 100 x 67
FC: 100 bpm	FC: 100 bpm	FC: 100 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 16:50	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 085258 Código: FOB 2 208
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSÉA SARTORI - LINÉA
 TÉMUR T 350 - ESTÉPL

Fabric.: 10/02/2018 Val.: 02/2023
 Registro ANVISA Nº: 80093650031
 Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - Enp
 CNPJ: 04.861.629/0001-00 - Rio Claro / SP
 +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.ind.br

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 90260
 Numero do CNS....: 0000000000000000
 Nome.....: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
 Documento.....: NT Tipo :
 Data de Nascimento: 8/03/1978 Idade: 40 anos
 Sexo.....: FEMININO
 Responsavel.....: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
 Nome da Mae....: MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
 Endereco.....: TRAV. BOM JESUS 57 LOTE 57
 Bairro.....: FLORESTA SUL Cep.: 00000-000
 Telefone.....: 99919-7001 MAE
 Municipio.....: 1200138 - - AC
 Nacionalidade....: BRASILEIRO
 Naturalidade....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2553929
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0117
 Data da Internacao: 21/05/2018
 Hora da Internacao: 19:00
 Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
 Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
 Diagnostico.....: Y87.1
 Identif. Operador.: COSMA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
 Dt. Hr Saidas:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro:

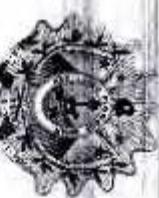
Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES							
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Antônio Gonçalves de Almeida</i> 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>90260</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>02/03/1978</i> 9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 3 10 - RACIAÇÃO 11 - NOME DA MÃE 12 - FONE DE CONTATO N.º DO FONE 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - FONE DE CONTATO N.º DO FONE 15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA) 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tremor no pé no dia com febre constante</i> <i>sem fôlego movimento - 1 dia</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>estufado</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>exame fígado - 1 RX</i> <i>ultrassom e oftalmoscopia</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>exame fígado - 1 RX</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>ultrassom e oftalmoscopia</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>ultrassom e oftalmoscopia</i>		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>ultrassom e oftalmoscopia</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO 32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>11/03/2020</i>							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 36 - N.º DO BILHETE 37 - SÉRIE 38 - CNPJ DA SEGURADORA 39 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 40 - N.º DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNPJ DA EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 49 - DOCUMENTO 50 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>11/03/2020</i>							

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE



NovoAcre

UNIDADE: C NOME: Antônio Francisco Ferreira IDADE: 40 B.E.: 00000000000000000000000000000000

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1/03/18	Tratamento externo abd.	(1) Dantrolene 200mg		
	Tratamento hospitalar (2)	(2) SE 0,9% sódio fisiológico 500ml		
		(3) Tramadol 100mg / En 8/12h	19-2	
		Paracetamol 1000mg		
		(4) Laxante 1000ml 500ml 8/8h	21-6	
		(5) Enemas abd. bainha		
		Outras pres.		
		Dr. Fábio Cesar Vaz Fisiologista e Nutróologo CRM-AL 1006		



NovoAcre

UNIDADE: *HUCES* Cidade: *Guarapari* OBSERVAÇÃO: *CCB* LEITO: *MLG*
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

REGISTRO
PACIENTE
ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

EVOLUÇÃO

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO
174

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 21/05/2018
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

ALERGIA A DIPRORONA

CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR
BIPLANAR

PACIENTE REFERE DOR EM PERNAS

DIREITA

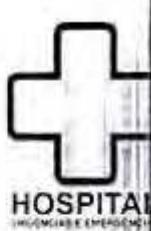
FO COM SECREÇÃO SANGUINOLENTA

1. DIETA LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H
3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H
6. RANITEDINA 50 MG EV 8/8 HRS
7. SIMAS VITAS
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA
10. CLEFAZOLINA 1 GR EV B/6 HRS
11. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO

25/05/18
realizado proced.
fis. M. D. M.
ex. Rito
Sar25/05/18
realizado proced.
fis. M. D. M.
ex. Rito
SarGina Lapa de Medeiros
Enfermeira
00011425833



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:			Idade	Sexo	Cor	Registro / BE		
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (rpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo	Fator Rh
Hm	Ht.	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BO / BI	TGO / TGP

Diagnóstico Pré-Operatório:

Ap. Resp: Asma Bronquite MV: Complacência:

ACV: ECG: Alegrias:

Ap. Digestivo/Dentes PESCOÇO Peças Dent.

Ap. Urinário: Drogas em Uso

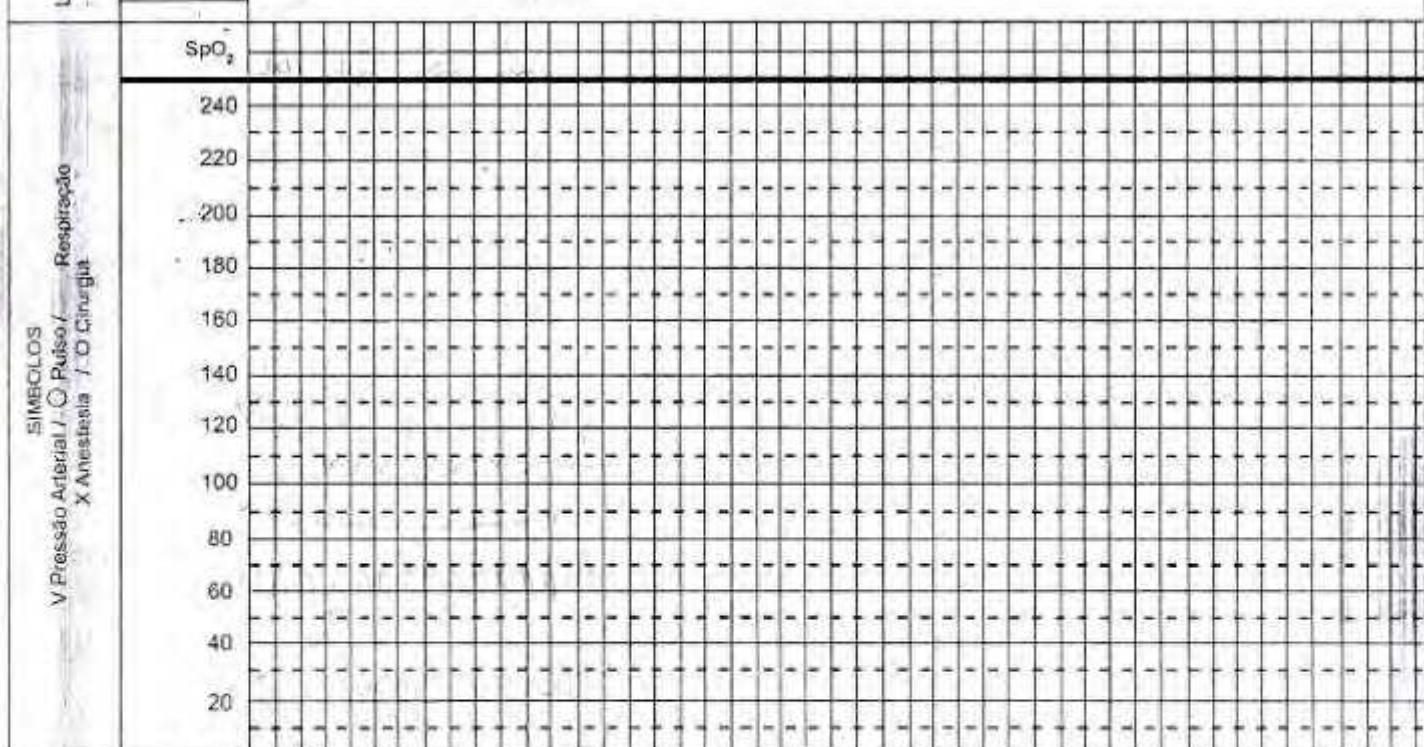
Estado Mental:

Anestesias Anteriores: ASA: 1 2 3 4 Risco

Medicação Pré-anestésica: Hora: Efeito:

HORA:

Liquidos	GASES	O ₂							
		NO ₂							
	HALOG								



DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:	Monitorização:
1 ^o			
2 ^o		Cirurgia	Ap. Resp
3 ^o			
4 ^o		Cirurgião/Auxiliar	Ap. CV
5 ^o			
6 ^o		OBS.	
7 ^o			
8 ^o			
9 ^o			
10 ^o		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo)	

Pedro
Anestesiologista

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AM: RECORDES UNIDAS, TDH, ROBOCOP - KIE KRAMCO - CED. 0-191620 - TDH, 1 052-2094
CGC - 04.014.526/0002-24

paciente.: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (MM) Idade.: 40A
ocorrencia: 18.PC.2.006821 Requis.: 22/06/20
n.º do BE: 02551929

Origem.: HUERB/PS *CIA*
Círculo: NÃO CONSTA

Conc. Regionali

DR.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

100 (one million)	1.50	0.03	VR: H:4.0 a 6 N:4 a 5 millions/m3
1000 (one thousand)	7.50	0.15	VR: H:13 a 10 N:12 a 16 g/dL
10000 (one thousand)	35.00	1	VR: H:42 a 52 N:37 a 45 %
100000 (one hundred thousand)	185.00	11	VR: 78 a 88 F1
1000000 (one million)	1000.00	50	VR: 26 a 34 pg
10000000 (one hundred million)	30.00	0.03	VR: 32 a 35 pg/dL

LEUCOGRAMA

Symbol	Value	Unit	Min	Max
global	7.150	/mm ³	Min: 6.000 ± 10.000 /mm ³	
global	0	kg	Min: 0 ± 1 %	
global	0	mm ³		
global	0	%	Min: 2 ± 4 %	
global	0	mm ²		
global	0	%	Min: 0 ± 4 %	
global	0	mm ³		
global	0	%	Min: 0 ± 1 %	
global	0	kg		
global	0	mm ³		
global	0	%	Min: 0 ± 1 %	
global	0	mm ³		
global	0	%	Min: 0 ± 2 %	
global	2.2	mm ³		
global	0.0	kg	Min: 0.0 ± 50 %	
global	0.000	mm ³		
global	0.0	%	Min: 0.0 ± 25 %	
global	0.000	mm ³		
global	0	kg		
global	0	mm ³		
global	0	%	Min: 0 ± 1 %	
global	0	mm ³		

Rosemary M. Rivers
Biomedicine
C-100M - 1 N° 751

1995-1996 學年第二學期 期中 試題

REFERENCES AND NOTES

ALLEGANDO DASSON DA SILVA CRF/R/AD 31 24/05/18 no 02 (56. POLÍCIA) 23/05/11 no 06-24-1-0 - Min. Defesa - 2016-2018

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

4. - Desarrollador: 02 MINUTOS VR: 1 - 3 minutes
5. - Desplazac.: 06 MINUTOS VR: 2 - 10 minutes
6. - Desarrollador: 201.000 /min VR: 102 a 105.000/min

ENT. ALEXANDRE RAMOS DA SILVA-URE DIFAC-41 23/05/18 as 06-06-2018 23/06/18 as 06-06-2018

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: *Dor + levemente do humor de humor* (D)

História da Doença Atual: *Trauma no pulmão* (D)

História da Doença Anterior:

Exame Físico: *Dor + levemente do humor de humor*
com exame

Diagnóstico Provisório: *Fractura do fêmur* (D)

Diagnóstico Definitivo: *O mesmo*

Motivo da Cobrança: *Consulta*

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇARIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PÉRM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

HUEB



SUS

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOVAIS LIMA 26/06/2020

LADINHO

DOOR DE VIMMA E MUITO MUITO
BEM. COM FEVEREIRA
DE PÉS E MÃOS. COPO DE MEL. TAMBÉM
UM FEVEREIRO. COM FEVEREIRO
PELOS 35-40%. NA PESO SÓ 50K
E PESO 60K

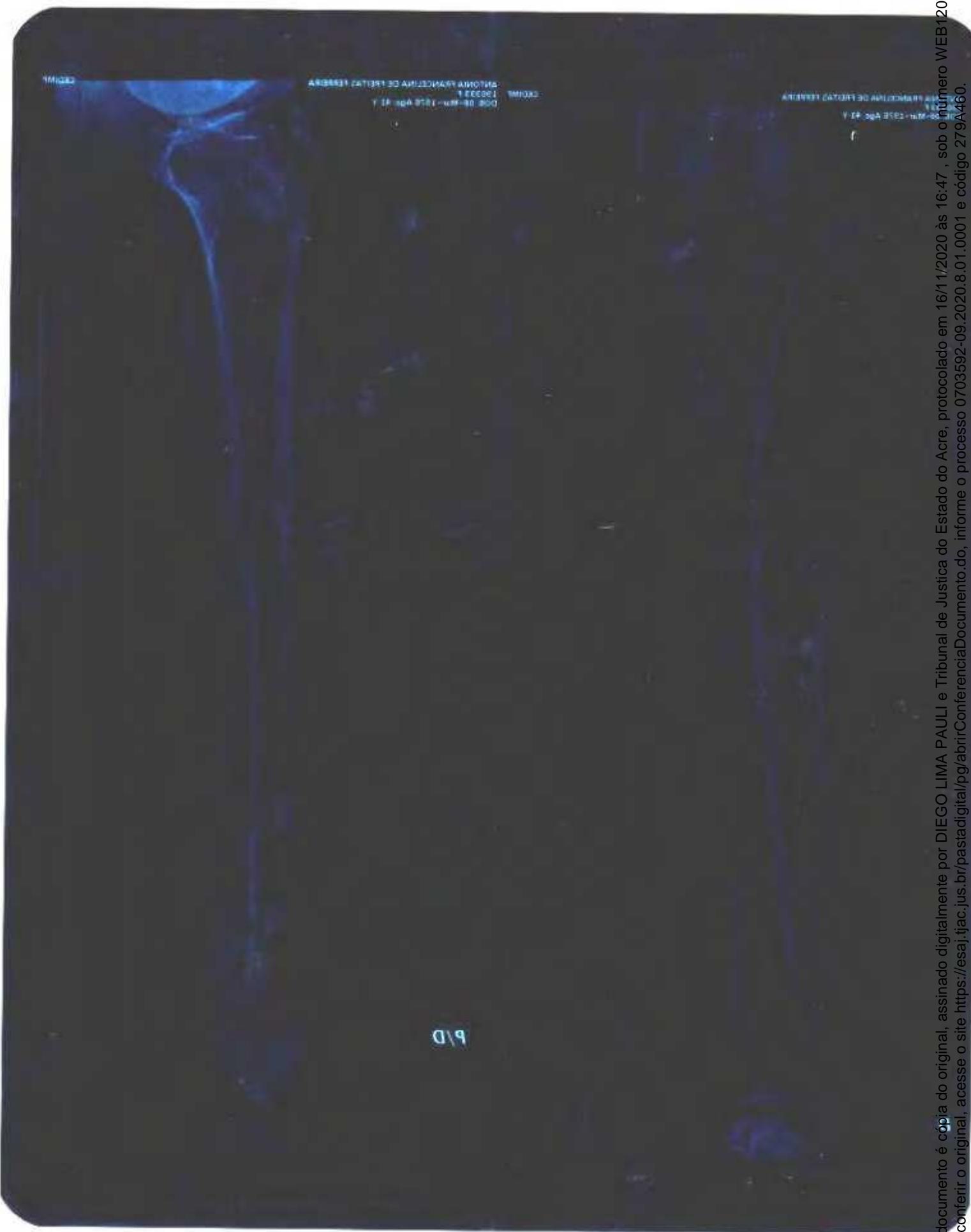
SEZ

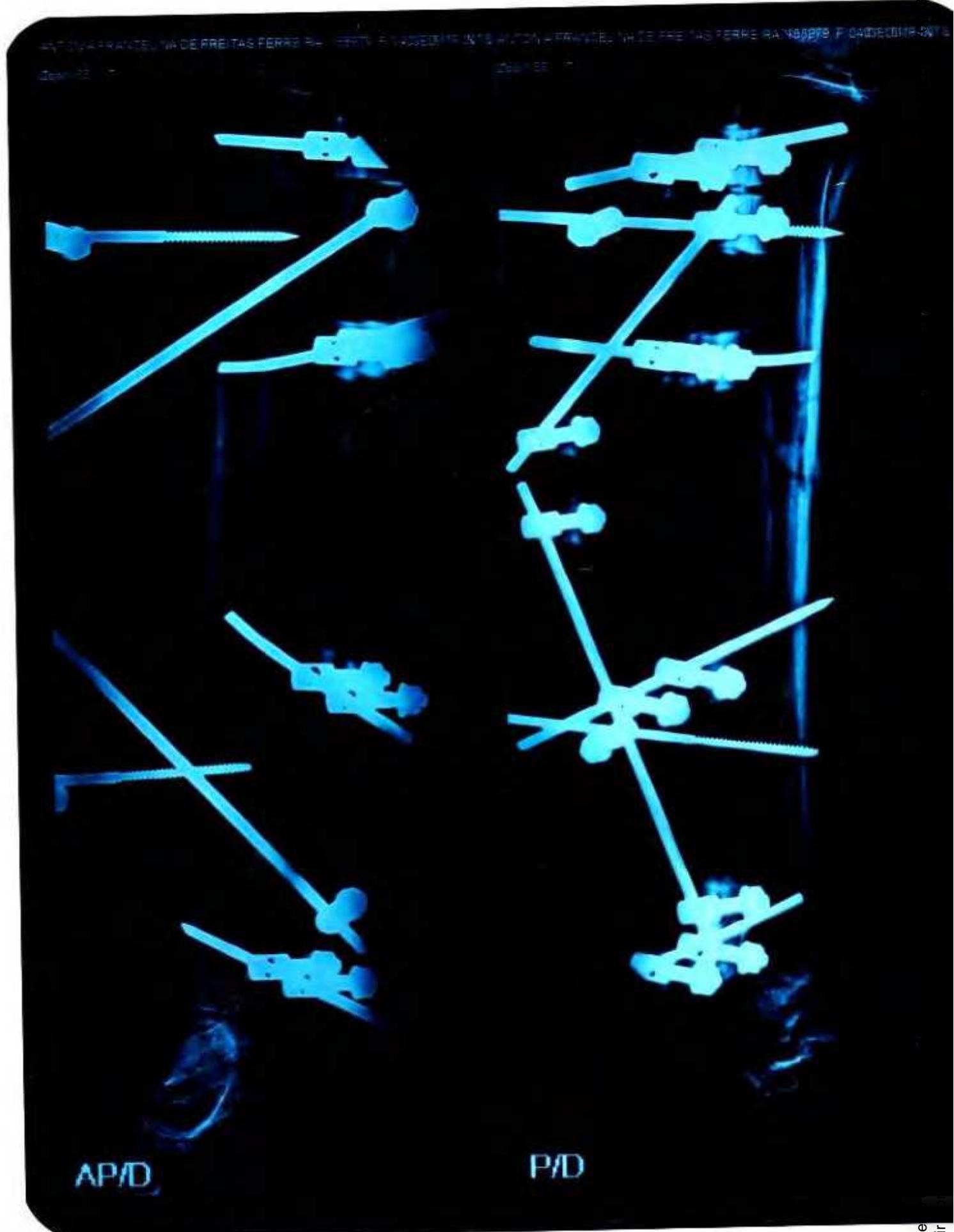
DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CAINHO

23/06/2020

NO CONSELHO





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

REGISTRO GERAL WOMM	353300	DATA DE EMISSÃO 04/01/2017
ANTÔNIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
FILHA DE SEBASTIÃO MANOÉLIO FERREIRA MARIA DA CONCEÇÃO DE FREITAS		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
MATERIAL ID. DE SEMA MADUREIRA - AC		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
D.O.C. ORIGEM CERTO NASC. 16.314 FLS 194 LIV A-14		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
2 OF RIO BRANCO AC		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
701.814.202-44		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
3 VIA		DATA DE NASCIMENTO 08/01/1976
SISTEMA DO INSTITUTO DO ESTADO DO ACRE		
LEI Nº 2.116 DE 20/03/1953		





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Número do Sinistro: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

Autorização de pagamento

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: 06/12/2019
Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

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: 02/12/2019
Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

MAIRLA LIMA DE SOUZA