
Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE RINALDO DE LIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **1**

Agência: **000002369-8**

Conta: **0000021074-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

(DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

70559055455

Nome completo da vítima:

JOSE RINALDO DE LIRA

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

Nome completo:

JOSE RINALDO DE LIRA

CPF:

70559055455

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

TRAV. N. SRS DE FATIMA

Número:

42

Complemento:

CASA

Bairro:

FEIRA NOVA

Cidade:

OROBÓ

Estado:

PE

CEP:

55745-000

E-mail:

elxanemoria@hotmail.com

Tel. (DDD):

1511 99696 4779

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

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

CONTA: 51867

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

OROBÓ, PE, 28 de maio de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE RINALDO DE LIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Loterias CAIXA

134-347909398-3

HORA DE 09:34:59

14/Mai/2019

TERM 027371

OT 15.018259-7
OCALIDADE: DR080
AG. VINCIADA: 1295

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0041.00051867-3

NOME: JOSE RINALDO DE LIRA

RESUMO

Loterias CAIXA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **10559055455** Nome completo da vítima: **JOSÉ RIVALDO DE LIRA**

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

Nome completo: **JOSÉ RIVALDO DE LIRA** CPF: **10559055455**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **TRAV. N. S. S. DE FÁTIMA** Número: **42** Complemento: **CASA**
Bairro: **FEIRA NOVA** Cidade: **OROBÓ** Estado: **PE** CEP: **55345-000**
E-mail: **endosplirj@bol.com.br** Tel. (DDD): **81 996964979**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BAVCO DO BRASIL (001)**

AGÊNCIA: **2369** **8** CONTA: **21074** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

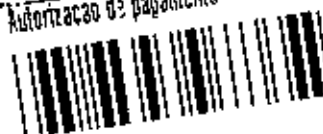
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) 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 Si
☐ 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.

Autorização de pagamento



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Orobó, PE, 08 de Junho de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

*** JOSÉ RIVALDO DE LIRA**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

TERM 00110719 AGENTE 110719 AUTE 06299
COBAN:061127 LOJA:0001 PIX:110719
08/07/2019 BANCO DO BRASIL 08:59:39
236912701 CORRESPONDENTE BANCARIO 0293
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE RINALDO DE LIRA
AGENCIA: 2369-9 CONTA: 21.074-9

DATA 08/07/2019
NR. DOCUMENTO 23.696.112.700.293

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 19E0207000108

Série-A
1ª Parte

22º BPM	OROBÓ	02/02/2019	09:10	01/02
Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL		Aviso de Ocorrências do CIODS Nº		
Data (dd/mm/aa) 02/02/2019	Hora (hh:mm) 08:50	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA ESTADUAL PB 082		RECEBIDO 31 MAI 2019		
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PUBLICA	Bairro ZONA RURAL			
Município OROBÓ	UF PE	Ponto de Referência FAZENDA DE DOUTOR AFONSO	Número 55745-000	

☒ VÍTIMA	☐ IMPULTADO	☐ SUSPEITO	☐ TESTEMUNHA	☐ OUTROS	☐ TURISTA	☒ Não
Nome / Razão Social JOSE RINALDO DE LIRA						
Pai LUZ MAURICIO DE LIRA						
Mãe						
Apelido / Nome Fantasia						
Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento 10/01/1994	Idade aparente []	Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 8. Superior Incompleto		
X RG 0 081 173	CNH	Órgão Expedidor enc	UF PE	X CPF 106 500 884 88	Órgão Expedidor enc	Naturalidade (1001172100.DD)
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) TRAV. N. SR. DE FÁTIMA				Número 42	Complemento Casa	
Bairro FEIRA NOVA		CEP 55745-000	Município OROBÓ	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 5. Superior Completo 2. Branca 4. Amarela 6. Superior Incompleto		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão Não Informada		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

☐ VÍTIMA	☐ IMPULTADO	☐ SUSPEITO	☒ TESTEMUNHA	☐ OUTROS	☐ TURISTA	☐ Sim ☐ Não
Nome / Razão Social FABIO JÚNIOR DA SILVA						
Pai JOSE GOMES DA SILVA						
Mãe JANDIRA JOSEFA DA SILVA						
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)		
Data de Nascimento 16/05/1987	Idade aparente []	Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto		
X RG 7.740.205	CNH	Órgão Expedidor SSD	UF PE	X CPF 7.740.205	Órgão Expedidor SSD	Naturalidade UMBURETAMA - PE
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SITIO FEIRA NOVA				Número snr	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL		CEP 55745-000	Município OROBÓ			
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 5. Superior Completo 2. Branca 4. Amarela 6. Superior Incompleto		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Av. Professor Manoel de Aguiar, 91 - Umuçuma - Orobó-PE - 55745-000
Fone: (81) 3294-1120 - E-mail: cjb@sergentia-orobó.pe.gov.br

COPIA AUTÊNTICA - Conforme o original apresentado - DOU - Orobó, 28/05/2019.

de Flávia Gisela de Mesquita Soares-Escrevente Ao Cartório: R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,66 - FERC: R\$ 0,34 - FERM: R\$ 0,03 - FUNSEG: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19

Selo(s) 0077602, VYU04201901, 01358

Consulte a autenticidade em: www.gsjur.br/selodigital

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1ª VIA

BO nº 13E0207000102

Série-A
1ª Parte

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição 126ª / OROBÓ	Data ou Registro 02/02/2019	Hora do Registro 09:10 h	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Objeto Envolvido	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não		
	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não		
	Qual o motivo do registro do veículo				
	A vítima José Rinaldo de Lira, estava pilotando a Moto de placa KIZ 5832-PE, de propriedade do senhor Fabio Junior da Silva, quando em uma curva deu uma sobrada e caiu, sofrendo várias lesões, foi socorrido pelo SAMU de Pernambuco para o Hospital de trauma da cidade de Campina Grande-PB.				
Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
Responsáveis	Condutor		Recebedor		
	Matrícula		Viatura		Unidade
	Responsável pelo Procedimento		Interessado(a):		
	Ass.:		Ass.:		
Nome:		Nome:			

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Plácido Muniz de Aguiar, 20 - Fátima - Orobó, PE 55060-000
Fone: (81) 3333-1188 - E-mail: gregorio@sergentia.robo.pe.br

COPIA AUTENTICA, conforme o original
apresentado, OROBÓ-PE, 02/02/2019.
de Flávia Gisela
de Mesquita Soares-Escritora Ao
Cartório: R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - FERN: R\$ 0,03 -
FUNSEG: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19

Selo(s) 0077602.YJY04201901.01358



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



**SAMU
192**

Comprovação de ato declaratório



**ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, 25 anos, foi vítima de um acidente motociclístico, queda de moto, no dia 02 de fevereiro de 2019 às 09h10min, BR Umbuzeiro, sentido Natuba próximo a fazenda Dr. Afonso, onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico (USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, verbalizando, segundo curiosos o mesmo fazia uso de capacete, estava deitado sem o mesmo, referindo dor em região de clavícula esquerda, apresentando edema e deformidade com provável fratura, saturação oscilando, colocado cateter de O2 nasal, sem sucesso, trocado por máscara com reservatório, porém não elevando a saturação, solicitado avaliação do médico da USA de Aroeiras, assim o mesmo avaliando e fazendo a remoção para o hospital de Trauma em Campina Grande.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 11 de Março de 2019.

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva


Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COREN-PB 518.133-ENF

**Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COORDENADOR DO SAMU**

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB
End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB
Fone: (83) 3395-1194
e-mail: saude.umbuzeiro@hotmail.com

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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RINALDO DE LIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000000021074-9

Nr. da Autenticação 6962B7D6F576780C

Comprovante de residência



NOTA FISCAL - FATURA - CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-000
 CNPJ: 06.933.000/0001-08 | Ins. Est. 0009943-00 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 RUA: RUA DE FÁTIMA, 43

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA: RUA DE FÁTIMA, 43

CPF: 070.425.444-81 (CPF: 062.824.701-01)

CENTRO DE CUSTÓDIA
 CENTRO DE CUSTÓDIA NOVA
 GRUPO DE
 55745-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BANDA RESIDUAL COMUM

PERÍODO DA NOTA FISCAL | **SÉRIE** | **IMISSÃO**
 04/04/2019 | 1.014.4 | 17001/2019
APRESENTAÇÃO | **PERÍODO CLIENTEL** | **PERÍODO DE VIGÊNCIA**
 17/01/2019 | 214515342 | 31/03/2019

CONTROLO DE PAGAMENTO
 -7028088297-04/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 14/03/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 30,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

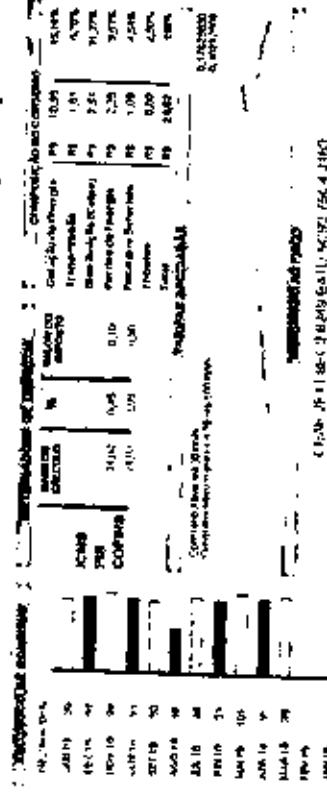
Consumo Abaixo de 30 kWh
 Consumo Abaixo de 30 de 100 kWh
 Crédito pelo Fator 100 kWh

QUANTIDADE | **PREÇO UNITÁRIO** | **TOTAL (R\$)**
 30,0000000 | 0,3100200 | 9,3006000
 9,3006000 | 0,3100200 | 2,8806000
TOTAL (R\$): 30,90

TOTAL: 30,90

DESCRIÇÃO DE CONTINÚO DA NOTA FISCAL

PERÍODO DA NOTA FISCAL	DATA	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL (R\$)	COMISSÃO (R\$)
17/01/2019	17/01/2019	1,0000000	1,0000000	1,0000000	0,0000000
17/01/2019	17/01/2019	1,0000000	1,0000000	1,0000000	0,0000000



DESCRIÇÃO DE CONTINÚO DA NOTA FISCAL

Consumo Abaixo de 30 kWh
 Consumo Abaixo de 30 de 100 kWh
 Crédito pelo Fator 100 kWh

PERÍODO DA NOTA FISCAL	DATA	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL (R\$)	COMISSÃO (R\$)
17/01/2019	17/01/2019	1,0000000	1,0000000	1,0000000	0,0000000
17/01/2019	17/01/2019	1,0000000	1,0000000	1,0000000	0,0000000

Consumo Abaixo de 30 kWh
 Consumo Abaixo de 30 de 100 kWh
 Crédito pelo Fator 100 kWh



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho



Documentação médico - hospitalar



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 02/02/2019 nesta unidade hospitalar foi **JOSE RINALDO DE LIRA**, nascido em 10/01/1994, filho de LUIZ MAURICIO DE LIRA e MARIA JOSEFA DA SILVA, inscrito sob o RG: 9.093.378 e CPF de nº 105.590.554-55, residente e domiciliada a Rua Travessa Nossa Senhora de Fátima, Feira Nova, Orobó – PE. Onde lê-se **JOSE REINADO DE LIRA** leia-se **JOSE RINALDO DE LIRA**, e onde lê-se data de nascimento 02/02/1993, considerar a acima citada.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 15 de abril de 2019.

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande

Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139

Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom. Luiz Gonzaga Fernandes


Heloísa Fernanda Silva Aragão - OAB/PB: 22.893
Mat. 638.472-2 - Assessoria Jurídica

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

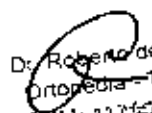
- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ RINALDO DE LIRA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/02/2019, sofrendo TRAUMA TÓRACICO FECHADO, LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital de Trauma de Campina Grande -PB (drenagem torácica, redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos para fratura do úmero esquerdo) e tratamento conservador para luxação acrômio-clavicular esquerda. Atualmente apresenta ao exame físico deformidade acentuada no ombro esquerdo (art. Acrômio-clavicular), limitação moderada da amplitude funcional do ombro esquerdo com atrofia muscular e déficit de força muscular do MSE. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730 / TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE REINALDO DE LIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1825543

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/02/1993

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JOSEFA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 980213766

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA FEIRA NOVA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Orobó

14 - CEP

260970

15 - UF

PE

16 - CEF

000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto.
Trauma Torácico fechado Hemotórax Esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Hemotórax

20 - DIAGNÓSTICO FINAL

Hemotórax - Trauma Torácico fechado

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento com drenagem fechada

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Cir. Torácica

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016281756784

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DAGIANE MARTINS FRAZAO

02/02/2019

Dr. Dagiane Martins Frazao

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - CNP DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNP EMPRESA

39 - CNES DA EMPRESA

40 - CBOE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

РАЙОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗАКАЗНИКА

can to make
the
climate
change

10

CHINESE AND JAPANESE

2300446437 (20)STAD00 21U1 1500 AM URGENT ? ALJWB055HME 3D JATW92ON

2306HAKSTF AADANCO HOD ANUBAT 5 KIDWEDKENE BO JATYPOH

ප්‍රකාශන අංකය: 115/1998

ASIA SOCIETY 2003

0370571203

AVIATION COLLABORATION

OSTWALD, O., AND ALFRED LUNN

ငယ်စဉ်

INFLUENCED BY CULTURE

[illegible][illegible]

009-54107 01458100-056

ಅನು ಸಂಹರಣವು

အသံသရာတစ်ခု

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

OXFORD JOURNAL OF LAW AND TAXATION

—Q11454. 433666 02 01:20:03 — 20

על שם ה' אלהינו

1-800-368-5848

4937 ; Fwd 1

ADJUTANT. SLD

SECRET

€165/56/20

Case Study: Zil'Khin's E-Book

911 PPP - 347-6174

CONSISTENT WITH 1-23

OFFICE DIRECTOR AT&T (3-45)

1. The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$. It is shown that the solutions of the system (1) tend to zero as $t \rightarrow \infty$ if and only if the matrix A is stable. The second part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$ if the matrix A is not stable. It is shown that the solutions of the system (1) tend to infinity as $t \rightarrow \infty$ if and only if the matrix A is not stable.

004640338 00001 ()
0245171350341 ()
0064451494242340 ()

0643-1697/23/01

OSIDOTUK

DATE: 11/11/11

Abstract

POSSIBLE FIELD LABORATORY USE - (1)

0112-66398-4

OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES - 1964

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841

—

Paciente:	José Reinaldo de Sousa			Idade:	26
Convênio:	SUS			Data:	02/02/20
Procedimento:	Drenagem de Tórax				
Cirurgião:	Dr. Dargatzis	Auxiliar:		Anestesiista:	Dr. Sabele
Início:	14:26	Término:	16:35	Anestesia:	Sedação + local

[illegible][illegible]

Observações:

(16:30h) 02/02/19 Retirado 4250ml do débito monofásico de alta sanguinolenta.

Российская Федерация
Екатеринбург
Секретариат
8 713204-10

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

GOVERNO DO ESTADO DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
DA PARAIBA

Nome do Paciente		Jonas Renato de Lacerda		Nº Prontuário	
Data da Operação	01.01.19	Enf.		Leito	
Operador	Dr. A. D. D. D.	1º Auxiliar		Instrumentador	
2º Auxiliar		3º Auxiliar			
Anestesia	Dr. A. D. D.	Tipo de Anestesia: Geral + Sedação			
Diagnóstico Pré-Operatório					
Examinar e					
Tipo de Operação					
Exatidão da Operação					
Diagnóstico Pós-Operatório					
Relatório Imediato da Patologia					
Exame Radiológico no Ato					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Tensão - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visuais
1. Paciente em decúbito dorsal, na rede.
2. Incisão e sutura da pele com fio de seda.
3. Incisão da pele com fio de seda.
4. Incisão da pele com fio de seda.
5. Incisão da pele com fio de seda.
6. Incisão da pele com fio de seda.
7. Incisão da pele com fio de seda.
8. Incisão da pele com fio de seda.
9. Incisão da pele com fio de seda.
10. Incisão da pele com fio de seda.
11. Incisão da pele com fio de seda.
12. Incisão da pele com fio de seda.
13. Incisão da pele com fio de seda.
14. Incisão da pele com fio de seda.
15. Incisão da pele com fio de seda.
16. Incisão da pele com fio de seda.
17. Incisão da pele com fio de seda.
18. Incisão da pele com fio de seda.
19. Incisão da pele com fio de seda.
20. Incisão da pele com fio de seda.
21. Incisão da pele com fio de seda.
22. Incisão da pele com fio de seda.
23. Incisão da pele com fio de seda.
24. Incisão da pele com fio de seda.
25. Incisão da pele com fio de seda.
26. Incisão da pele com fio de seda.
27. Incisão da pele com fio de seda.
28. Incisão da pele com fio de seda.
29. Incisão da pele com fio de seda.
30. Incisão da pele com fio de seda.
31. Incisão da pele com fio de seda.
32. Incisão da pele com fio de seda.
33. Incisão da pele com fio de seda.
34. Incisão da pele com fio de seda.
35. Incisão da pele com fio de seda.
36. Incisão da pele com fio de seda.
37. Incisão da pele com fio de seda.
38. Incisão da pele com fio de seda.
39. Incisão da pele com fio de seda.
40. Incisão da pele com fio de seda.
41. Incisão da pele com fio de seda.
42. Incisão da pele com fio de seda.
43. Incisão da pele com fio de seda.
44. Incisão da pele com fio de seda.
45. Incisão da pele com fio de seda.
46. Incisão da pele com fio de seda.
47. Incisão da pele com fio de seda.
48. Incisão da pele com fio de seda.
49. Incisão da pele com fio de seda.
50. Incisão da pele com fio de seda.
51. Incisão da pele com fio de seda.
52. Incisão da pele com fio de seda.
53. Incisão da pele com fio de seda.
54. Incisão da pele com fio de seda.
55. Incisão da pele com fio de seda.
56. Incisão da pele com fio de seda.
57. Incisão da pele com fio de seda.
58. Incisão da pele com fio de seda.
59. Incisão da pele com fio de seda.
60. Incisão da pele com fio de seda.
61. Incisão da pele com fio de seda.
62. Incisão da pele com fio de seda.
63. Incisão da pele com fio de seda.
64. Incisão da pele com fio de seda.
65. Incisão da pele com fio de seda.
66. Incisão da pele com fio de seda.
67. Incisão da pele com fio de seda.
68. Incisão da pele com fio de seda.
69. Incisão da pele com fio de seda.
70. Incisão da pele com fio de seda.
71. Incisão da pele com fio de seda.
72. Incisão da pele com fio de seda.
73. Incisão da pele com fio de seda.
74. Incisão da pele com fio de seda.
75. Incisão da pele com fio de seda.
76. Incisão da pele com fio de seda.
77. Incisão da pele com fio de seda.
78. Incisão da pele com fio de seda.
79. Incisão da pele com fio de seda.
80. Incisão da pele com fio de seda.
81. Incisão da pele com fio de seda.
82. Incisão da pele com fio de seda.
83. Incisão da pele com fio de seda.
84. Incisão da pele com fio de seda.
85. Incisão da pele com fio de seda.
86. Incisão da pele com fio de seda.
87. Incisão da pele com fio de seda.
88. Incisão da pele com fio de seda.
89. Incisão da pele com fio de seda.
90. Incisão da pele com fio de seda.
91. Incisão da pele com fio de seda.
92. Incisão da pele com fio de seda.
93. Incisão da pele com fio de seda.
94. Incisão da pele com fio de seda.
95. Incisão da pele com fio de seda.
96. Incisão da pele com fio de seda.
97. Incisão da pele com fio de seda.
98. Incisão da pele com fio de seda.
99. Incisão da pele com fio de seda.
100. Incisão da pele com fio de seda.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Mari Steinhardt IDADE _____
() PACIENTE INTERNADO EMFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____

DIAGNÓSTICO:

Fract. displac. unilac. @

MATERIAL ESPECIAL:

Placa fixa 4,5 JCP
longa

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fr. unilac. @

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:				GOVERNO DA PARAIBA	
CI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
Doutor Raimundo de Lencastre			26 ANOS	1825496	
CIRURGIA Tratamento cirurgico			CIRURGIÃO Dr. Andrey, Nazare + NA Eulen		
ANESTESIA			ANESTESISTA Dr. Dirgo		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
NOMINA		19-02-19	11h	13h	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Cetel. pl. Oxig.		Código
	Atropina amp.		Cetel. De Unimer Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Démone amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrase ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenoguan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
02	Fantatil ml		Dreno Pannose n°		Catgut Simples Sertix
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Cera pl. osso
	Kenstar ml		Equipo de Microgotas		Ethibond
	Mercalina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sengue		Ethibond
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Proflumina amp.		Espanador Largo cm		Fio de Algodão Sertix
	Protocido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Suturpak
	Quetcin nr		Gase Picoto c/ 10 unidades		Fio de Algodão Suturpak
	Rapten amp.		H ₂ O ml		Fila cardaca
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Monorylon
03	Trasolamp amp.		Intracath Infantil		Monorylon
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
04	Agua Destilada amp.		Lamina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
03	Decadron amp.		Lamina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vionyl Sertix
	Flavbid amp.		Luvas 7.5		Vionyl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vionyl Sertix
	Genesipina amp.		Luvas 9.0		Vionyl Sertix
02	Glicose amp.		Oxigenio l/m 3L		
	Glucan de Cálcio amp.		Podfur		
02	Hemomax ml		PVPI Degermante ml		
	Heparina ml		PVPI Tópico ml		
	Kanadon amp.		Sabão Antisséptico		
01	Leleu amp.		Saco coletor		
	Medrotrazot		Seringa desc. 10 ml		
03	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		
	Protamina		Seringa desc. 35 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Suipranon amp.		Sonda Foley		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
03	Poliquinone 0.5%		Sonda Uretral n°		
02	Xeromax 2% clu		Steridren ml		
03	Desbrol		Tornetinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
1	Agulha desc. 26 x 7		Getcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Lentes		
	Agulha desc. 3 x 4.5				
	Agulha pl. raque n°				
1015	Alcool de Etileno				
	Alcool Iodado ml				
1	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Agulha metálica 20				
	Benzina ml				

Marcos Vinícius
MARCOS V. C. da SILVA
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PA 12426

000000

Figure 6

CLASIFICACIÓN / CATEGORÍA DE INTERÉS

1 October

HTCC-Paired Administrative

08, Março - 02.02.19. Pádua

the drama of being on guard for
for an hour (5) No answer

for an hour (5:15-6:15 PM) No answer

[illegible]

Q. - Conscience, wants

Sum total primary

$\mu_X = \text{módulo da distância do}$

22/04/17

quintus 509

Calculus I

③ Benjamin Franklin

ESTADO DO PACIENTE

1. Kuantum dalışları

11. **What is the purpose of the study?**

॥ विश्वसंन्यासः ॥

Somente de cima
Ass. do paciente ou responsáveis (quando necessário)

Ass. da parcerias em responsabilidade compartilhada

Figure 2.

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

知

18/02/2019

HTCC-Setor Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malhada, Cataguás Grande - RJ
NOME: Ywry De Paiva Câmara

CNPJ: 08.778.266/0038-52

Data: 19/02/2019



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



SECRETARIA DE SAÚDE

Número do Prontuário: 123811

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2019

Número do Atendimento: 1825543 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 1 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE REINALDO DE LIRA

Data de Internação: 02/02/2019

Atendimento: 1825543

Diagnóstico Pré-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA
DIAFISE DO UMERÓ

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA
DIAFISE DO UMERÓ

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 19/02/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: ϕ

Instrumentador: NORMA

Anestesiologista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL + BLOQUEIO

Relatório Imediato do Patologista: NDN

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY PROXIMAL EM BRAÇO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. EVIDENCIADA FRATURA COM PEQUENA COMINUIÇÃO POSTERO-LATERAL APROX 1,5CM
5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
6. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS
7. LAVADO DE FO COM SORO FISIOLÓGICO
8. APOSIÇÃO DE FRAGMENTOS EM PEQUENA FALHA COMO ENXERTO AUTÓLOGO
9. FECHAMENTO POR PLANOS COM VICRYL 0 + NYLON 3-0
10. CURATIVO
11. RX CONTROLE

Data 19/02/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry De Paiva Câmara

Dr. Ywry De Paiva Câmara
Cirurgião Geralista



DENÚNCIA REGISTRADA NO DISQUE DIREITOS HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

NÚMERO DO PROTOCOLO: 622213

NÚMERO DA DENÚNCIA: 338054

GRUPO DE VIOLAÇÃO: Crianças e adolescentes

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 02/03/2015 05:44:37

RELATO DO DENUNCIANTE:

Informamos que o texto abaixo segue rigorosamente a alegação pelo (a) denunciante:

02/03/2015 05:44:37

Gravemente abusado sexualmente pelo genitor do nome não informado e negligenciado pela genitora. Não se sabe a respeito da periodicidade dos atos nem do local que ocorreu o abuso. Sabe-se que a criança foi abusada sexualmente e devido ao abuso a vítima está internada no Hospital Regional de Urgência e Emergência, localizada na Avenida. Mal Floriano Petrólio, 1045, São José, Campina Grande/PB. 58400-530. Na sala pediátrica em frente a enfermagem. A vítima encontra-se com a coluna fora do lugar e não poderá andar mais. Não foi informado o nome da criança, porém sabe-se que a vítima é magra, com cabelo cacheado preto, 200 gramas e aproximadamente cinco anos. Nas negociações, a genitora da vítima tem conhecimento dos abusos e não toma nenhuma providência, deixando a criança com o nome não informado. Nenhum outro fato foi relatado.

DADOS DA VÍTIMA(S):

NOME: CRIANÇA

IDADE: 5

SEXO: Feminino

COR/RACA: Branca

ENDEREÇO: HOSPITAL REGIONAL DE URGENCIA E EMERGENCIA AV. MAL FLORIANO PETROLIO, 1045 SAO JOSE

PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO SUPERMERCADO MAX

TELEFONE:

MUNICÍPIO/UF: Campina Grande/PB

DADOS DO(S) SUSPEITO(S):

NOME: NÃO INFORMADO

IDADE:

SEXO: Feminino

COR/RACA: Não informado

ENDEREÇO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

TELEFONE:

MUNICÍPIO/UF: Campina Grande/PB

NOME: NÃO INFORMADO

IDADE:

SEXO: Masculino

COR/RACA: Não informado

ENDEREÇO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

TELEFONE:

MUNICÍPIO/UF: Campina Grande/PB

De acordo com o art. 5º do Decreto n. 7.256/2010, o Departamento de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos compete, entre outras atribuições, receber, examinar e encaminhar denúncias e reclamações sobre violações de Direitos Humanos.

Dessa forma, encaminhamos a Vossa Senhoria para análise e providências cabíveis, mantendo esta Ouvidoria informada sobre os resultados alcançados, por meio do e-mail disque@direitoshumanos.gov.br fazendo referência aos(s) número(s) de registro em nosso sistema, com vistas a composição de banco de dados da área de monitoramento do Disque 100.

Informamos, outrossim, que esta demanda foi encaminhada também aos(s) seguinte(s) serviço(s): Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CAOPIJ) - PB (João Pessoa/PB).

Insta salientar, a necessidade de especial atenção ao caso, haja vista a alegação de urgência na apuração da denúncia na localidade.

Em 02/03/2015, às 05:44:37, foi recebida a seguinte denúncia:
Criança de 5 anos, sexo feminino, cor branca, residente em Campina Grande/PB, foi vítima de abuso sexual por parte de seu genitor. A criança está internada no Hospital Regional de Urgência e Emergência, localizada na Avenida Mal Floriano Petrólio, 1045, São José, Campina Grande/PB. A criança não pode andar e não pode falar. A genitora não toma nenhuma providência para a recuperação da criança.

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DOS GARROTES
CONSELHO TUTELAR

RELATÓRIO

Este relatório tem por objetivo expor a situação da família da Senhora Severino Rodrigues e da Senhora Iracema Nazário da Silva, residentes no Sítio Barrinhos, Distrito de Pitombeira de Dentro, Santana dos Garrotes. Ambos têm 4 filhos, sendo três meninas e um menino, todos com idade inferior a 9 anos, dentre as meninas uma apresenta uma deficiência visual nos dois olhos.

A visita domiciliar foi solicitada pelo setor do Serviço social do Hospital Infantil localizado no Município de Patos, para conhecer a situação socioeconômica e de convivência familiar dos mesmos para com os filhos.

A visita domiciliar foi realizada no dia 11 de maio de 2013, às 13:30, in loco, momento em que três conselheiros tutelares fomos as residências dos avós paternos e maternos, já que os responsáveis pela criança estavam acompanhando-a no referido hospital.

Segundo relatos da avó paterna, o casal teve uma discussão no dia 04 de maio, naquela ocasião a Senhora Iracema saiu de casa e foi para a residência de seus pais, localizada no mesmo sítio, deixando as meninas com o pai, levando consigo apenas o menino, de 1 ano e 3 meses. Ainda de acordo com ela, só no domingo foi que as meninas foram para casa dos avós maternos, todas estavam bem, não apresentavam nenhum problema visível. Com a saída das meninas, Seu Severino tinha indo jogar bola em um campo ali próximo.

Ela afirma que minutos depois viu quando as crianças retornaram a casa, a mesma indagou o porquê tinham voltado, elas disseram que a mãe havia pedido que pegassem suas roupas, com isso, elas ficaram um bom tempo sozinhas em casa, assistindo televisão e brincando em uma rede.

Em relação à convivência familiar, ela relatou que ambos têm problemas de saúde, o pai das crianças bebe muito e a mãe toma medicação regularmente, não soube informar o tipo de doença, "acha que é psicológico". Ressaltou ainda, que eles brigam muito, por causa de ciúmes e por motivos desconhecidos da bebida. Afirmou também, que

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.093.378 12/05/2014

NO MEU
 << JOSÉ RINALDO DE LIRA >>

EMISSÃO
 << LUIZ MAURÍCIO DE LIRA >>
 << MARIA JOSEFA DA SILVA >>

AGÊNCIA - PB DATA DE NASCIMENTO
 10/01/1994

DATA DE EMISSÃO << CH.6806 LA11 F.109V CART.CHÂ DO
 ROCHA, OROBÓ-PE 24.10.2002 >>

105.590.554-58

LEI Nº 7.160 DE 13-12-13

Documentos de Identificação

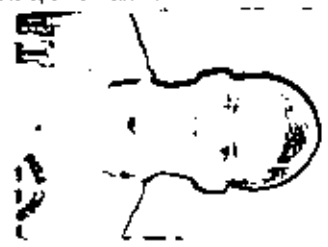


REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R-35

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

PAQUETE DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

JOSÉ RINALDO DE LIRA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487139410
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 958137668 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME DO PROPRIETÁRIO
FABIO JUNIOR DA SILVA
OROBÓ-PE

PLACA 072.616.074-10 K125832

PLACA ANT. UF 000000000000 PE CHASSI 9C2KC08508R044570

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CC 150 TITAN RS ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 20 / 149 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

PARA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 1.52 PRÊMIO TOTAL (R\$) 81.63 DATA DE PAGAMENTO 12/01/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVAÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALENDO PARA TRANSFERENCIA

OROBÓ? Local 24/01/19

Parcelado, out. da Coste, 19/01/19

19/01/19 Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE

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

PE Nº 014487139410 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FABIO JUNIOR DA SILVA

SITIO JATI 3 55745-000

E NOVA ZORRA RURAL OROBO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/01/19

VIA 1 CDD. RENAVAM 958137668 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2019

PLACA 072.616.074-10 K125832

CHASSI 9C2KC08508R044570

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 6.32 TOTAL A SER PAGO (R\$) 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 23/01/19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.868.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT NEM TÃO É O PORTE OBRIGATORIO.



OUT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369367 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO FECHADO.
FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO TÓRAX(DRENAGEM).
TRATAMENTO CIRÚRGICO ÚMERO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.(P1/3/4/6/7FC/8/9/13FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194414/19

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do acidente: 02/02/2019

CPF: 105.590.554-55

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2019
Nome: JOSE RINALDO DE LIRA
CPF: 105.590.554-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

JOSE RINALDO DE LIRA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ RINALDO DE LIRA
 DATA DO ACIDENTE 02-02-2019 CPF DA VÍTIMA 10559055455
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ RINALDO DE LIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR TRAV. N. SA. DE FÁTIMA
 Nº 42 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FEIRA NOVA
 CIDADE 080130 UF PE CEP 55745-000
 E-MAIL oxamemora@gmail.com TELEFONE (81) 99696 4979
99706 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-05-2019
 IDENTIDADE 9093378
 ASSINATURA JOSÉ RINALDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28/05/19
 NOME JOHN LENNON DE LIMA SILVA
 ASSINATURA John Lennon de Lima Silva

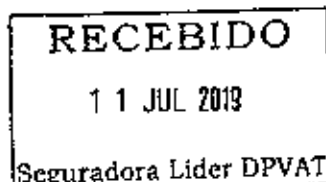
Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Outros





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ RINALDO DE LIRA
 DATA DO ACIDENTE 02.02.2019 CPF DA VÍTIMA 10559055455
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ RINALDO DE LIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR TRAV. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
 Nº. 42 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FEIA NOVA
 CIDADE BOBÓ UF PE CEP 55745-000
 E-MAIL residjlo90@bol.com.br TELEFONE (81) 996964979

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74,
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-07-2019
 IDENTIDADE 9093378
 ASSINATURA JOSÉ RINALDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194414/19

Número do Sinistro: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

Data do acidente: 02/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JOSE RINALDO DE LIRA
CPF: 105.590.554-55

JOSE RINALDO DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369367 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO FECHADO.
FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO TÓRAX(DRENAGEM).
TRATAMENTO CIRÚRGICO ÚMERO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.(P1/3/4/6/7FC/8/9/13FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194414/19

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2019
Nome: JOSE RINALDO DE LIRA
CPF: 105.590.554-55

JOSE RINALDO DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES