



afonso 19/04/15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Anjo Pereira Idade: 23 D/N: 17 / 11 / 1991
Pront: 22 46 Município: Natal Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 13 / 04 / 15 Hora Admissão: Bloco: 12 / 15 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: 66 kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras _____
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: (X) Não () Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: 79 bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: 100 % T: _____ °C
Enfermeiro(a): Barbara Instrumentado (a): Rita Circulante: Fernanda

Cirurgia: Proteção com tração femoral Especialidade: Ortopedia Sala: 07
Hora Início: _____ Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Carlos Maia Aux: José Vaz Residente: _____

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 17:20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Carlos Efraim

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnografia
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nerv.
☐ Sedado	☐ Íntegra	☒ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☒ Deambula	☐ Sudorese	☒ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Estimul. Card.
☐ 1/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O ₂	☐ Aparelho Gessado	
☐ Tetraplégico	☒ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☐ Talas	

CAPEMISA
09 ABR 2015

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	98	99	115	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	100x80	140x90	120x75	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☒ Cabeça	☒ Anatómico
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Flexidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatómico
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Flexidos

ACESSO VENOSO
☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>Jelco</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim (X) Não () Metal () Descartável
Local: _____
DEGERMAÇÃO
(X) Sim () Não
Local: <u>MTD</u> Solução: <u>Clorhexidina</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº _____
Retorno: _____
CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº _____
☐ SVA nº _____
Diurese: _____
Profissional responsável: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: _____
Ostomia: _____
Fio de KC: _____ Parafuso - tipo _____
Placa - Tipo: _____
Outros: <u>Tração e fio de S. nº 3,5</u>

EXAMES SOLICITADOS:
() Hemograma
() Coagulograma
() Tipagem Sanguínea
(X) Radioscopia (Raio X)
() Gasometria
() Outros
() Glicosimetria
<u>Controle</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: Rufinador Quant. Material: _____
Val.: 19/04/15 Contagem de gaze e compressa: 4/15



HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

Soro Fisiológico: 500 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas Outros traços

INTERCORRÊNCIAS: Cefaleia, tração com fio de Steiman 3,5, ferida cirúrgica de tração, segue p/ SRTA Dr. Ortopedista a seguir Auxílio Dr. Carlos Mano

Ass: Fernando D. Corê 6439

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (x) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (x) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bóia de colostomia () Outro: _____
Diurese: (x) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 17:00 Data: 13/01/15 Nível de consciência: (x) Acordado () Sonolento () Narcose (x) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (x) O₂ Amb.
Mobilização MMII: () Normal (x) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (x) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (x) Sim Tipo: 1000 Local: 15R Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () IPA tração em VED

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	72	—	—	100	—
30'	—	69	—	—	100	—
60'	—	—	—	—	—	—
Alta	—	—	—	—	—	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: 1 ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido no CRO referindo dor tipo em M.I.D. Administrado tramal 50mg por ordem verbal de Dr. Carlos Mano. 14:30h. Têc. Enf. Rutimário CORONA 518. 27. Encaminhado a clínica Ortopédica.

Ass: Pruxila Corê 53564 TE





PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

LEITO 35

PACIENTE: WILLIAN DE ARAUJO PEREIRA

DATA: 08.02.2015

IDADE:

1	DIETA LIVRE				
2	TRAMAL 50 1 COPM VO DE 6/6 H	12	18	24	06
3	CLEXANE 40 MG SC 1 AMP 1 X AO DIA	06			
4	DIPIRONA 1AMP + ABD 6/6 H	12	18	24	06
5	SSVV				
6	KEFAZOL 1G + ABD EV 8/8HS	14		22	06
7					
8					
9					
10					

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 SBO 1341

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DIAGNOSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: (X) SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA () NAU () SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

CAPEMISA
09 ABR 2015

1162-151
Rogério Santos



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 85243

1 - LOCALE DATA

Local Avenida Abel Cabral Bairro Nova Parnamirim
Cidade/UF Parnamirim - RN P. Ref. Residência n° 06
Data 13/01/2015 Hora do acidente 10:00h Hora do registro 11:30h Dia da semana Terça - Fev



2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☒ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 0W8-9128 Cidade Parnamirim UF RN
Marca/Mod. Renault Duster 2.0 Cor Branco Ano 2013 2014
Proprietário Alexandre Cortes do F. G. de Carvalho N° de Ocupantes 2
Condutor Alexandre Cortes do F. G. de Carvalho Data de Nasc. 18/11/77
Endereço Rua Tocantins - Cond. Camêlo do Sampaio N° 225 Fone 8855-1010
Bairro BL: E. G. A. 1202 - C. Vinha Cidade Parnamirim UF RN
CPF N° 008.724-094-73 CNH N° 01138825330 Validade 20/03/2018 Categoria B
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi N00-7155 Cidade Parel UF RN
Marca/Mod. Honda CBR 125F Cor Preto Ano 2012 2013
Proprietário William de Azevedo Pereira N° de Ocupantes 01
Condutor William de Azevedo Pereira Data de Nasc. 17/11/91
Endereço Travessa Ona 601 A/B N° 24 Fone 3205-1793
Bairro FELP. CORONARAS Cidade Natal UF RN
CPF N° 098.058.474-46 CNH N° 0583665913 Validade 26/11/2017 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO

Natal/RN 22/04/15

N° 194.912-8

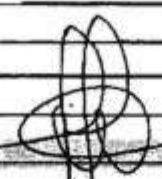
7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. Abel Cabral

Em que sentido? Rm. 101 / Cidade Verde

Em que faixa? Estacionado

Versão do condutor: O Condutor alega que seu veículo está estacionado na via pública do km 101 da sua cidade, porém foi informado que não havia sido visto e colheu em seu veículo, que segundo relatos vizinhos que o condutor do V-2 viu o veículo ao lado.

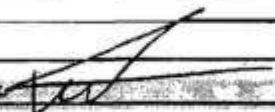
Assinatura do Condutor do V1 

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. Abel Cabral

Em que sentido? Rm. 101 / Cidade Verde

Em que faixa? Direita

Versão do condutor: O Condutor de alega que viu o veículo transitando na via pública do km 101 da sua cidade, porém foi informado que não havia sido visto e colheu em seu veículo, que segundo relatos vizinhos que o condutor do V-2 viu o veículo ao lado.

Assinatura do Condutor do V2 

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO

Natal/RN 22/04/15

194.912-8

86243

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☐ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	☐ _____
			☐ _____	☐ _____	☐ _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 **ÁRVORE**
 **VESTÍGIOS**
 **SEMÁFORO**
 **PEDESTRE**
 **BICICLETA OU MOTO**
 **CARRO DE PEQUENO PORTE**
 **CAMINHÃO OU ÔNIBUS**
 **CARRETA**

CR 102
 PONTEIRO (CENTRAL)
 AV. ABEC CARBARI
 RESIDÊNCIA Nº 016
 V2
 CIDADE VERDE

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 OWB 9128
Para Choque lateral esquerdo
porta lateral esquerda
do

AVARIAS DO VEÍCULO 2 Nº 7155
Para Choque lateral esquerdo
porta lateral esquerda
do

AVARIAS DO VEÍCULO 3
AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 MAI 2015
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL
 SEÇÃO DE TRÁFEGO
 AUTENTICAÇÃO
 194.912-8

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Hospital de Doenças Manuais
Nome: Willson de Araújo Pinheiro Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
CPF Nº: 093.058.474-46 Órgão Expedidor: ITDP-RN Data de Nascimento: 17/11/91
Endereço: Imissão Unifap ABC Nº: 24 Fone: _____
Bairro: Felipe Camarão Cidade: Natal UF: RN
Versão: _____

2ª testemunha de J.A.

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

21 MAI 2015

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Indenheiro que o condutor de V-2 foi conduzido ao Hospital de Doenças Manuais pelo
SAMU, que ao chegar no hospital constatou que o mesmo tinha sofrido
do o fôlego de seu primo devido o colapso e o mesmo ficou em uma
UCLA Médica, que deu um atestado de óbito ao Senhor João Anacleto
Diniz, CNH 05054408016 - cat. B2.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL

SEÇÃO DE TRÂNSITO
AUTENTICAÇÃO

Natal/RN 22/04/15

0947

194.973-8

Nome Completo do Agente: Barbento B. de M. Barbosa

POSTO/GRUPO: 2º Sgt. PM Nº: 93.317 Viatura: DPG-149 Subord.: JAP

Local e Data: Panamá/RN 13 de Junho de 2015

Assinatura do Agente de Trânsito



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte

Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresefordetrafe@hotmaill.com

Natal/RN, 15 de Janeiro de 2015 .

BOAT nº: 86243

Data: 13.01.2015

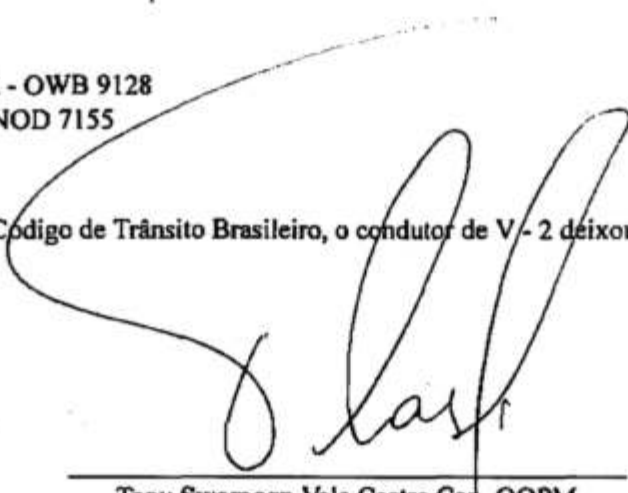
Local: Av. Abel Cabral - Nova Parnamirim - Parnamirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) RENAULT/ DUSTER - OWB 9128

(V-2) HONDA/ CG 125 - NOD 7155

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 28.



Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

21 MAI 2015

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 276818 Data/hora registro: 15/01/2015 11:26:38
Número de controle: 61309135767347979875

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



"0014"

T

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, William de Araujo PereiraPORTADOR(A) DO RG Nº 002480090EXPEDIDO POR SSP/ICEEM 05/08/11 ECPF 098058474-46 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Receita

E RENDA MENSAL DE R\$ ~ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA William de Araujo Pereira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

CAPEMISA

09 ABR 2015

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0034 N° da CONTA (com dígito, se existir) 54686-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 26 de março de 2015

LOCAL E DATA

William de Araujo Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



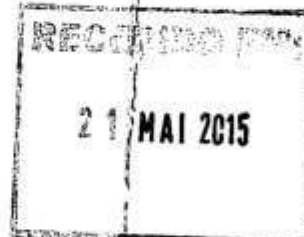
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ATXIA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726-0101
OUVIDORIA 0000 725 7474
OUVIDORIA 0000 725 7474

071-731976628-1



2/MAR/2015

HORA DE 14:44:40

OT: 17.19421-3

REF: 0140001

LOCALIDADE: PARANAMIRIM

VINCULADA: 2000

CONTROLE: 00000000

DEPOSITO EM DINHEIRO

0034 R13 0000-0000-0

WILLIAM ARAUJO PEREIRA

0034 54686-8