

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

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200389076

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Data do Acidente: 21/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000061807-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

718585034-77

4 - Nome completo da vítima:

José Navison Rodrigues da Cunha

5 - Nome completo:

José Navison Rodrigues da Cunha

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

Rua Maria Izabel

Caravatá

6 - CPF:

718585034-77

9 - Número:

700

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Avenida

12 - Cidade:

Caravatá

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55640-000

15 - E-mail:

(81) 9665-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 61807

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

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

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do
óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima

teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Vivos

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer(nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Vivos

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

38 - 1º | Nome:

CPF:

OCMP...

39 - 2º | Nome:

CPF:

29 OUT 2020

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

29 OUT 2020

PROTOCOLO

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

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

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

40 - Local e Data,

Gravatá, 28/09/20

José Navison Rodrigues da Cunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS-001 V002/2019

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ºCIRC DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0152002326

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020 às 10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **21/6/2020 às 11:07**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR | AGENTE)
 JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DIMAS** Pai: **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA** Data de Nascimento: **28/2/2001** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SÍTIO MARIA IZABEL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSÉ RODRIGUES DA CUNHA FILHO** Pai: **ANA PAULINA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD7731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

O SR. NAGIO, PAI DA VITIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731, QUANDO UM CACHORRO AVANÇOU EM DIREÇÃO A MOTOCICLETA, JOSÉ NAVISON ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, E COMO O CONDUTOR (SEU GENITOR) SE DESEQUILIBROU, JOSÉ CAIU AO SOLO, SOFRENDO ALGUNS FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA EM CARUARU.

COMPRA
29 OUT 2020
PROTÓCOLO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

José Navison Rodrigues da Cunha

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

(VITIMA)

Nagio Rodrigues da Cunha

(AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**

[Signature]



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

718585034-77

4 - Nome completo da vítima:

José Navison Rodrigues da Cunha

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Recusou-se à manutenção da casa

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Avenida

12 - Cidade:

Caravataí

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 61807

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasceu?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

Gravataí, 28/09/20

José Navison Rodrigues da Cunha

38 - 1º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha:

29 OUT 2020

39 - 2º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha:

PROTOCOLO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 00000061807-0

Nr. da Autenticação 9322E50F7D510B5E



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bairro Vila Recife - CEP 50250-002
CNPJ: 10.826.832/0001-68 | Inscrição Estadual: 0000943-93 | www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NASCIÓ RODRIGUES DA CUNHA,
PRÓX A FAZENDA CASCAVEL
CPF: 755.976.834-20 NIS: 18643537469

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

MARIA (ZABEL) AVENIDA
GRAVATA PE
55840-000

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA NOTA FISCAL		PERÍODO	
11/08/2020	01/08/2020	16/08/2020	15/08/2020
11/08/2020	2001178758	1302806	

DATA DE EMISSÃO	VALIDADE
2017/17017	08/2020
17/08/2020	09/09/2020
TOTAL APRESENTADO	48,79

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30.000000	0,10953020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,18778805	13,14
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16.000000	0,28184800	4,50
Consumo-TE até 30 kWh	30.000000	0,08265398	2,46
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,18054968	11,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	18.000000	0,34082454	3,85
Contrib. Ium. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 116693498 - 20/07/20			1,86
Juros por atraso-NF 116693498 - 20/07/20			0,09
Avaliação-ESPM-NF 116693498 - 20/07/20			0,20

TOTAL DA FATURA:

48,79

RESUMO HISTÓRICO DE CONSUMO DENTRO NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUDETE	CONSUMO (kWh)
116693498	CAL	2017/07/20	00000000	2017/08/15	00000000	31	1200000		116,00

RESUMO HISTÓRICO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DA LEITURA		DETALHAMENTO DO IMPÔTO	
116693498				Imposta de Energia	R\$ 18,80 43,34%
ABR 20	116			Transmissão	R\$ 2,39 5,13%
ABR 20	198			Distribuição (Cemig)	R\$ 12,83 32,21%
ABR 20	182			Parceria Energia	R\$ 4,02 10,26%
MAR 20	194			Energias Renováveis	R\$ 0,00 1,75%
ABR 20	190			Trânsito	R\$ 2,37 5,11%
MAR 20	198			Total	R\$ 36,88 100%
MAI 20	198				
JUN 20	148				
JUL 20	198				
AGO 20	179				
SETE 20	191				
NOV 20	212				
DEZ 20	198				
JAN 21	175				
FEB 21	194				
MAR 21	198				
ABR 21	198				
MAY 21	198				
JUN 21	198				
JUL 21	198				
AGO 21	198				
SETE 21	198				
NOV 21	198				
DEZ 21	198				
JAN 22	198				
FEB 22	198				
MAR 22	198				
ABR 22	198				
MAY 22	198				
JUN 22	198				
JUL 22	198				
AGO 22	198				
SETE 22	198				
NOV 22	198				
DEZ 22	198				
JAN 23	198				
FEB 23	198				
MAR 23	198				
ABR 23	198				
MAY 23	198				
JUN 23	198				
JUL 23	198				
AGO 23	198				
SETE 23	198				
NOV 23	198				
DEZ 23	198				
JAN 24	198				
FEB 24	198				
MAR 24	198				
ABR 24	198				
MAY 24	198				
JUN 24	198				
JUL 24	198				
AGO 24	198				
SETE 24	198				
NOV 24	198				
DEZ 24	198				
JAN 25	198				
FEB 25	198				
MAR 25	198				
ABR 25	198				
MAY 25	198				
JUN 25	198				
JUL 25	198				
AGO 25	198				
SETE 25	198				
NOV 25	198				
DEZ 25	198				
JAN 26	198				
FEB 26	198				
MAR 26	198				
ABR 26	198				
MAY 26	198				
JUN 26	198				
JUL 26	198				
AGO 26	198				
SETE 26	198				
NOV 26	198				
DEZ 26	198				
JAN 27	198				
FEB 27	198				
MAR 27	198				
ABR 27	198				
MAY 27	198				
JUN 27	198				
JUL 27	198				
AGO 27	198				
SETE 27	198				
NOV 27	198				
DEZ 27	198				
JAN 28	198				
FEB 28	198				
MAR 28	198				
ABR 28	198				
MAY 28	198				
JUN 28	198				
JUL 28	198				
AGO 28	198				
SETE 28	198				
NOV 28	198				
DEZ 28	198				
JAN 29	198				
FEB 29	198				
MAR 29	198				
ABR 29	198				
MAY 29	198				
JUN 29	198				
JUL 29	198				
AGO 29	198				
SETE 29	198				
NOV 29	198				
DEZ 29	198				
JAN 30	198				
FEB 30	198				
MAR 30	198				
ABR 30	198				
MAY 30	198				
JUN 30	198				
JUL 30	198				
AGO 30	198				
SETE 30	198				
NOV 30	198				
DEZ 30	198				
JAN 31	198				
FEB 31	198				
MAR 31	198				
ABR 31	198				
MAY 31	198				
JUN 31	198				
JUL 31	198				
AGO 31	198				
SETE 31	198				
NOV 31	198				
DEZ 31	198				
JAN 32	198				
FEB 32	198				
MAR 32	198				
ABR 32	198				
MAY 32	198				
JUN 32	198				
JUL 32	198				
AGO 32	198				
SETE 32	198				
NOV 32	198				
DEZ 32	198				
JAN 33	198				
FEB 33	198				
MAR 33	198				
ABR 33	198				
MAY 33	198				
JUN 33	198				
JUL 33	198				
AGO 33	198				
SETE 33	198				
NOV 33	198				
DEZ 33	198				
JAN 34	198				
FEB 34	198				
MAR 34	198				
ABR 34	198				
MAY 34	198				
JUN 34	198				
JUL 34	198				
AGO 34	198				
SETE 34	198				
NOV 34	198				
DEZ 34	198				
JAN 35	198				
FEB 35	198				
MAR 35	198				
ABR 35	198				
MAY 35	198				
JUN 35	198				
JUL 35	198				
AGO 35	198				
SETE 35	198				
NOV 35	198				
DEZ 35	198				
JAN 36	198				
FEB 36	198				
MAR 36	198				
ABR 36	198				
MAY 36	198				
JUN 36	198				
JUL 36	198				
AGO 36	198				
SETE 36	198				
NOV 36	198				
DEZ 36	198				
JAN 37	198				
FEB 37	198				
MAR 37	198				
ABR 37	198				
MAY 37	198				
JUN 37	198				
JUL 37	198				
AGO 37	198				
SETE 37	198				
NOV 37	198				
DEZ 37	198				
JAN 38	198				
FEB 38	198				
MAR 38	198				
ABR 38	198				
MAY 38	198				
JUN 38	198				
JUL 38	198				
AGO 38	198				
SETE 38	198				
NOV 38					

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bairro Vila Recife - CEP 50250-002
CNPJ: 10.826.832/0001-68 | Inscrição Estadual: 0000943-93 | www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NASCIÓ RODRIGUES DA CUNHA,
PRÓX A FAZENDA CASCAVEL
CPF: 755.976.834-20 NIS: 18643537469

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

MARIA (ZABEL) AVENIDA
GRAVATA PE
55840-000

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA NOTA FISCAL		PERÍODO	
11/08/2020	01/08/2020	16/08/2020	15/08/2020
11/08/2020	2001178758	1302806	

DATA DE EMISSÃO	VALIDADE
2017/17017	08/2020
17/08/2020	09/09/2020
TOTAL APRESENTADO	48,79

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30.000000	0,10953020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,18778805	13,14
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16.000000	0,28184800	4,50
Consumo-TE até 30 kWh	30.000000	0,08265398	2,46
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,18054968	11,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	18.000000	0,34082454	3,85
Contrib. Ium. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 116883498 - 20/07/20			1,86
Juros por atraso-NF 116883498 - 20/07/20			0,09
Avaliação-ESPM-NF 116883498 - 20/07/20			0,20

TOTAL DA FATURA:

48,79

RESUMO HISTÓRICO DE CONSUMO DENTRO NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUDETE	CONSUMO (kWh)
116883498	CAT	2017/07/20	00000000	2017/08/15	00000000	31	1200000		116,00

RESUMO HISTÓRICO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DA LEITURA		DETALHAMENTO DO IMPÔTO	
116883498				Imposta de Energia	R\$ 18,80 43,34%
ABR 20	116			Transmissão	R\$ 2,39 5,13%
ABR 20	198			Distribuição (Cemig)	R\$ 12,83 32,25%
ABR 20	182			Parceria Energia	R\$ 4,02 10,26%
MAR 20	194			Energias Renováveis	R\$ 0,00 1,75%
ABR 20	190			Trânsito	R\$ 2,37 5,11%
MAR 20	198			Total	R\$ 36,88 100%
MAI 20	198				
JUN 20	149				
JUL 20	198				
AGO 20	179				
SETE 20	191				
NOV 20	212				
DEZ 20	198				
JAN 21	175				
FEB 21	194				
MAR 21	198				
ABR 21	198				
MAY 21	198				
JUN 21	198				
JUL 21	198				
AGO 21	198				
SETE 21	198				
NOV 21	198				
DEZ 21	198				
JAN 22	198				
FEB 22	198				
MAR 22	198				
ABR 22	198				
MAY 22	198				
JUN 22	198				
JUL 22	198				
AGO 22	198				
SETE 22	198				
NOV 22	198				
DEZ 22	198				
JAN 23	198				
FEB 23	198				
MAR 23	198				
ABR 23	198				
MAY 23	198				
JUN 23	198				
JUL 23	198				
AGO 23	198				
SETE 23	198				
NOV 23	198				
DEZ 23	198				
JAN 24	198				
FEB 24	198				
MAR 24	198				
ABR 24	198				
MAY 24	198				
JUN 24	198				
JUL 24	198				
AGO 24	198				
SETE 24	198				
NOV 24	198				
DEZ 24	198				
JAN 25	198				
FEB 25	198				
MAR 25	198				
ABR 25	198				
MAY 25	198				
JUN 25	198				
JUL 25	198				
AGO 25	198				
SETE 25	198				
NOV 25	198				
DEZ 25	198				
JAN 26	198				
FEB 26	198				
MAR 26	198				
ABR 26	198				
MAY 26	198				
JUN 26	198				
JUL 26	198				
AGO 26	198				
SETE 26	198				
NOV 26	198				
DEZ 26	198				
JAN 27	198				
FEB 27	198				
MAR 27	198				
ABR 27	198				
MAY 27	198				
JUN 27	198				
JUL 27	198				
AGO 27	198				
SETE 27	198				
NOV 27	198				
DEZ 27	198				
JAN 28	198				
FEB 28	198				
MAR 28	198				
ABR 28	198				
MAY 28	198				
JUN 28	198				
JUL 28	198				
AGO 28	198				
SETE 28	198				
NOV 28	198				
DEZ 28	198				
JAN 29	198				
FEB 29	198				
MAR 29	198				
ABR 29	198				
MAY 29	198				
JUN 29	198				
JUL 29	198				
AGO 29	198				
SETE 29	198				
NOV 29	198				
DEZ 29	198				
JAN 30	198				
FEB 30	198				
MAR 30	198				
ABR 30	198				
MAY 30	198				
JUN 30	198				
JUL 30	198				
AGO 30	198				
SETE 30	198				
NOV 30	198				
DEZ 30	198				
JAN 31	198				
FEB 31	198				
MAR 31	198				
ABR 31	198				
MAY 31	198				
JUN 31	198				
JUL 31	198				
AGO 31	198				
SETE 31	198				
NOV 31	198				
DEZ 31	198				
JAN 32	198				
FEB 32	198				
MAR 32	198				
ABR 32	198				
MAY 32	198				
JUN 32	198				
JUL 32	198				
AGO 32	198				
SETE 32	198				
NOV 32	198				
DEZ 32	198				
JAN 33	198				
FEB 33	198				
MAR 33	198				
ABR 33	198				
MAY 33	198				
JUN 33	198				
JUL 33	198				
AGO 33	198				
SETE 33	198				
NOV 33	198				
DEZ 33	198				
JAN 34	198				
FEB 34	198				
MAR 34	198				
ABR 34	198				
MAY 34	198				
JUN 34	198				
JUL 34	198				
AGO 34	198				
SETE 34	198				
NOV 34	198				
DEZ 34	198				
JAN 35	198				
FEB 35	198				
MAR 35	198				
ABR 35	198				
MAY 35	198				
JUN 35	198				
JUL 35	198				
AGO 35	198				
SETE 35	198				
NOV 35	198				
DEZ 35	198				
JAN 36	198				
FEB 36	198				
MAR 36	198				
ABR 36	198				
MAY 36	198				
JUN 36	198				
JUL 36	198				
AGO 36	198				
SETE 36	198				
NOV 36	198				
DEZ 36	198				
JAN 37	198				
FEB 37	198				
MAR 37	198				
ABR 37	198				
MAY 37	198				
JUN 37	198				
JUL 37	198				
AGO 37	198				
SETE 37	198				
NOV 37	198				
DEZ 37	198				
JAN 38	198				
FEB 38	198				
MAR 38	198				
ABR 38	198				
MAY 38	198				
JUN 38	198				
JUL 38	198				
AGO 38	198				
SETE 38	198				
NOV 38					

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO



COMPRO
24 OUT 2020
VIA SE
PROTOCOLO

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SDS/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77,

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2. OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SJP/PE em
15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

José Navison Rodrigues da Cunha. Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravatá, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha 

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAIS E SELOS DE TÍTULOS DE GRAVATAÍ - PE
Av. Presidente Getúlio Vargas, 25 - Centro - Gravataí - RS - 96000-000 - Fone: (51) 3333-0222 - www.tjpe.jus.br/seledigital

Reconheço a firma por autenticidade de: 04/09/2020 10:54:3
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Dou fé

Em testemunho _____ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabeliã Substituta

Selo: 0073843-XDQ09202001_01747
Custas R\$ 4,45 TSNR R\$ 0,62 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Usuário: daniela



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Naige Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>51 Maria Isabel</u>	<u>700</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>M. Isabel</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9668-4814</u>	
	Telefone celular (DDD)	

Gravatá, 28 de 09 de 20 29 OUT 2020
Local e Data

naige rodrigues da cunha
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 473265

PACIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

GENITORA: MARIA JOSE DIMAS

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2001

ENDEREÇO: SITIO MARIA ISABEL

BAIRRO: ZONA RURAL

PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 19

DATA: 21/06/2020

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 11:07

CNS:

TELEFONE: (81) 9388-8282

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº:

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: NAGIO

HDA

Linde de mato com braume,
no MCE

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

No cíl. MCE - Fratura cl. se
MTE + fêlase proximal da 3^a P.D.E.

HD

CID

UR

DURMA
24/06/2021
PROTÓCOLO

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

ORTO PESSOAL - ST: 5960265

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Bartira Brz
Bartira Brz
CRM 11825
Bartira Brz

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARGO

<input type="checkbox"/>	CURADO	<input checked="" type="checkbox"/>	TRANSFERIDO	<input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>	OBSTO
<input type="checkbox"/>	MELHORADO	<input type="checkbox"/>	A PEDIDO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

ALTA

DATA 06/06/2020

HORA:

09:00

TEMP.							

F.C.

F.R.

COMPRA

ISS A

2020/06/06

PROTÓCOLO

SINAIS VITIAIS



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
Data Nasc.: 28/02/2001 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Prontuário: 359901
CPF: 71858503477 RG: 11012245 CNS:
Endereço: SITIO MARIA IZABEL Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GRAVATA Estado: PE
CEP: 55641135 Fone: 993888282 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA JOSE DIMAS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 21/06/2020 13:43

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitime ↓ aperte de moto, aperte no pé.

Exame Físico:

Tremor no pé.

Diag. Provisório:

Fatma de artilhe do pé e?

Rx pé AD IP

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO-X

DATA 21/06/2020

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Rx fatma do se autismo

Glicose 2ptv 150g

AT5000mg

24 OUT 2020

PROTOCOLO



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

HRA
HOCHTECHNIK
FÜR
BAUWESEN
ANFERTIGUNG

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____ / ____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____

Procedimento: _____ **Tel.:** _____

Diagnóstico:

Assinatura

Destino do Paciente

- Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento

Condicão de Alta

- () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

21/06/2020 13:43:31

2 de 2

Usuario do Atendimento

MARIAST

24 OUT 2022

001 2020
BOSTON MA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Navion Rodrigues

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

359001

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/02/2003

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria das Dinas

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. Maria Izabel
Jacareí

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima é ciclista de moto, apresenta fratura exposta de 50 milímetros.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dádiva

0408050705
0408050470

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

Rx

3d / 3d

5422

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BNHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APSENTADO

() NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262610397868-0

Dr. Waldeci Soares da Silva
CRM 108.365/RJ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PACIENTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: ~~DR. EVERTON VASCONCELOS~~

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: LUANA

Anestesia: ~~RAGUE~~

Data da Operação: 21/06/2020

Início:

Rague

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO 5ºMTE(SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5ºMTE(SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

OBS: O MESMO APRESENTA MAIS DE 24 HRS DE EXPOSIÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

8. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
9. ASEPSIA E ANTISEPSIA
10. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
11. LIMPEZA COM SFO,9 % EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
12. SUTURA DA LESÃO DO PÉ ESQ
13. LIMPEZA + CURATIVO
14. RAIO X DE CONTROLE

dom, 21 de junho de 2020

DR EVERTON VASCONCELOS CRM 22221/TEOT 15918

*Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22221
CREMEPE 22251
TEOT 15918*



Data e hora retirada da senha: 21/06/2020 13:29

Nome Paciente: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/02/2001
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: U0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/06/2020 13:31 - 21/06/2020 13:36

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PCT ORIUNDO DE GRAVATA, COLISÃO DE MOTO, COM FRACTURA DE FALANGE, COM MACA E SENHA 5960265

Medicamento(s): NEGA

Observação: HAS - DM-

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

- EDEMA?

- PROBLEMA RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2020 13:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

29 OUT 2020



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/06/2020

HORA DE ADMISSÃO: 17:40

HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 354961

CIRURGIÃO: *Ricardo Marcondes*ANESTESISTA: *Luciana Borges*NOME DO PACIENTE: *José Alcides Rodrigues da Cunha*PROCEDIMENTO REALIZADO: *Trat. cirúrgico fral. Exposta* PONTUAÇÃO FINAL: 09

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO NA ADMISSÃO	APÓS mediação		
		1h	2h	3h
Respiração:				
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	+		
• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1			
• Nenhum esforço espontâneo	0			
Circulação: Pressão arterial sistólica				
• > 80% do nível pré-anestésico	2	+		
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	1			
• < 50% do nível pré-anestésico	0			
Nível de Consciência:				
• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	+		
• Acorda quando chamado pelo nome	1			
• Não responde ao comando	0			
Coloração:				
• Coloração e aparência normais da pele	2	+		
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1			
• Cianose evidente	0			
Atividade Muscular:				
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:				
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2			
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1	+		
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0			
Total:		09	00	00

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos
74/01/17 2009**Observações:**

*Patrícia V. de Souza
Enfermeira
DE 102/21*

Estado Geral:

Regular Comprometido Grave Normocorado Hipocorado Anictérico
 Ictérico Cianótico Acianótico Hidratado Desidratado Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

Consciente Inconsciente Torporoso Sonolento Alerta

Nível de Orientação:

Orientado Desorientado Sob Sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR _____ RPM _____

Modo: _____ Fi O₂: _____ PEEP: _____ Sat O₂: _____

Espontânea Traqueostomizada VM UNI c/O₂ Venturi

O2 Suplementar 1/min:

Cateter Nasal Macronebulizador Venturi Eupneico Dispneico
 Traquidispeíco Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

Presentes Ausentes Diminuídos

Ruídos Adventícios:

Roncos Sibilos Estertores Creptantes

Dreno Torácico:

Sim Não Local: _____

Oscilação:

Sim Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

Sim Não

Tosse:

Sim Não Produtiva Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm Cheiro Filiforme Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

Sim Não Qual?

Acesso Venoso Central:

Sim Não Qual?

Acesso Venoso Periférico:

Sim Não Qual? *MSD*

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdome:**

Plano Globoso Distendido Escavado Depressível Ascítico
 Doloroso Não Doloroso Local: _____

RHA:

Presentes Ausentes **SNG:** Sim Não P/Gavagem Sinfonagem **SNE:** Sim Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

Presente Ausente Espontânea SVD Volume: _____ ml

Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

Sim Não Repouso Relativo Repouso Absoluto

Mobilidade:

Ativa Passiva



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

Nº 29070

FICHA DE ANESTESIA

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AT-610273

BLOCO CIRÚRGICO						
PACIENTE:			REGISTRO N° 359901			
SALA CIRÚRGICA N° 08			DATA: 26/06/2020			
CIRURGIA: Dr. Exp. Pe. 5º Mf. 09			CIRURGIÃO: Dr. Wellington Marques			
ANESTESIA: Raqui			ANESTESIOLOGISTA: Dr. Luciana Braga			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL		UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			Aguilha Descartável		
	Água Destilada			Aguilha para Pendura		
	Atropina			Aguilha para Raqui	25,1	
	Bupivacaína			Atadura Gessada		
02	Cateter	02		Atadura Crepom	5	
	Clonidina			Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona			Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina			Dreno		
	Glicose 50%	05		Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina			Equipo para Sangue		
	Metoclopramida	01		Equipo para Soro		
	Neostamina			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina			Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			Fio de Aço		
	Ringer co Lactato			Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico	01	02	Fio de Nylon 3,0		
	Soro Glicosado			Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			Gase 7,5x7,5 01		
02	Tenoxicam			Lâmina de Bisturi 0,24		
02	Vampar Malle 05	5		Luvas Estéreis 7,0		
01	Xassidan			Luvas Estéreis 7,5		
				Luvas Estéreis 8,0	5	
				Seringa 5ml		
				Seringa 10ml 01		
				Seringa 20ml		
				Sonda de Foie		
				Sonda Endotraqueal		
				Sonda Nasogástrica		
				Sonda Uretal		
				Tubo para Aspiração		
				TX Clavexodilac		
				TX Morol 7,7		
				03, Exaiva Aspiração 2020		
SUBTOTAL			SUBTOTAL			
			TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Exequiel Vasconcelos
 Ortopedista Traumatologista
 CRM-PB 8618
 CRMEPE 22251

Assinatura do Cirurgião

Dr. Luciano de Souza
 Interno em
 Cirurgia

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: *Wesley de Souza Pimentel*

Prontuário: *30.000.000*

Data: *10/10/2022* Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

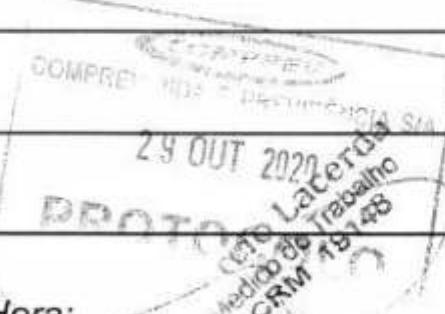
Febre alta, dor de dia, dor de dia, dor de dia

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Medicamento: Paracetamol 500mg

TRATAMENTO REALIZADO:

Medicamento: Paracetamol 500mg



Alta Hospitalar: Data: *10/10/2022* Hora: _____



PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA É CRESCEMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

21.06.2020 | HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

José Navison Rodrigues de Lima

IDADE:

19 anos

ENDERECO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de 5º MTE + falange proximal de 3º D.E.
Deslocada com tecido ósseo e fratura de
5º MTE - hér. e + fratura de
5º MTE + falange proximal de 3º D.E.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: X mmHg

P. RESPIRATORIA: lpm

P. CARDÍACA: bpm

TEMPERATURA: °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA	VERBAL	SONOLENTO	CONFUSO	SEM RESPOSTA
--------	--------	-----------	---------	--------------

GLASGOW: 5

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
		DESIDRATADO
		DESNUTRIDO

SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
		CIANÓTICO
		ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES	HAS	IC	SEQUELA AVC	DPOC	OUTROS
----------	-----	----	-------------	------	--------

DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

ECG	NORMAL	RX TORAX
ALTERAÇÕES		RX ABDOME
TOMOGRAFIA		OUTROS

29 OUT 2020

HB	IHT	LEUCO	GPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA
----	-----	-------	-----	-----	-----	---------	-------

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

HRS

- ORTOPEDIA

MÉDICO RESPONSÁVEL

Barbára Braga
CRM 11925

SENHA CENTRAL

5960285

SENHA SANU:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO



COMPRO
24 OUT 2020
VIA SE
PROTOCOLO

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SDS/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77,

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2. OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SJP/PE em
15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

José Navison Rodrigues da Cunha. Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravatá, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha 

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAIS E SELOS DE TÍTULOS DE GRAVATAÍ - PE

Rua Presidente Getúlio Vargas, 25 - Centro - Gravataí - RS - CEP: 93000-000 - Fone: (51) 3333-0222 - www.tjpe.jus.br/seledigital

Reconheço a firma por autenticidade de: 04/09/2020 10:54:3
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Dou fé

Em testemunho _____ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabeliã Substituta

Selo: 0073843-XDQ09202001_01747
Custas R\$ 4,45 TSNR R\$ 0,62 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Usuário: daniela



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Naige Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

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

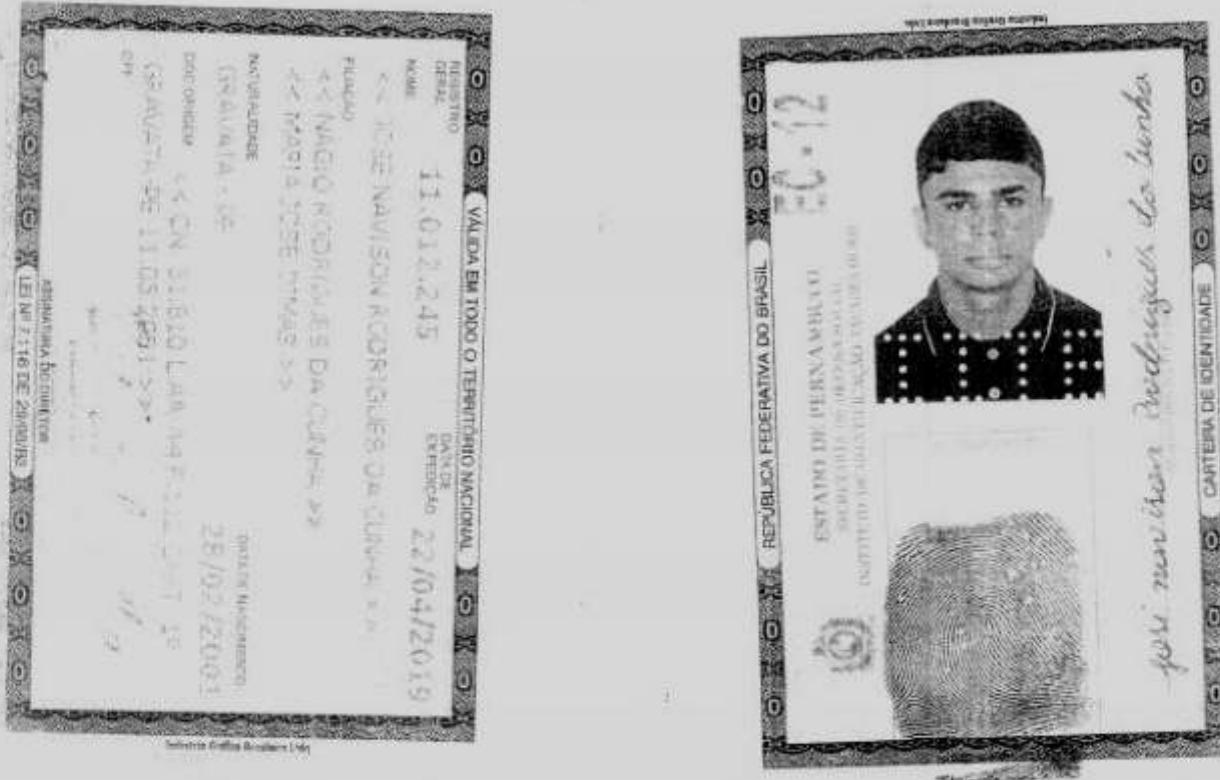
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>51 Maria Isabel</u>	<u>700</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>M. Isabel</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9668-4814</u>	
	Telefone celular (DDD)	

Gravatá, 28 de 09 de 20 29 OUT 2020
Local e Data

naige rodrigues da cunha
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número

718.585.034-77

Name _____

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Nascimento

28/02/2001

CHURCH 1000-10000 CH

24 OUT 2020

PROTOCOL

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VH [] CÓD. RENAVAM [] DATA []
1 493425896 10/2020

NOME: NÁGIO RODRIGUES DA CUNHA

GRAVATAÍ - PE

CPF / CNPJ []

PLACA [] PGD7734

CHASSI []

PLACA [] PGD7734

COMBUSTÍVEL []

MARCA / MODELO [] ALCO/ GÁSOL

ANO FAB. [] ANO MOD. []

HONDA / CG 150 PAN ESI [] 2012 [] 2012

CATEGORIA [] COR PREDOMINANTE []

2E/149CL [] PARTIC [] VERMELHA

COTA ÚNICA [] VENC. COTA UNICA [] VENC / COIAS []

P IPVA 2020 QUINQUADO [] 1º VENCIMENTO / COTAS [] 2º VENCIMENTO / COTAS []

V FADA IPVA [] PARCELAMENTO / COTAS [] 3º VENCIMENTO / COTAS []

A 1 PREÇO TANFÁRIDO (R\$) [] ICP (R\$) [] PREÇO VITAL (R\$) [] DATA DE PAGAMENTO []

0,10 0,05 12/20 15/01/20

OBSERVAÇÕES []

SEN RESERVA []

GRAVATAÍ - PE

DATA [] 12/02/20

Nº 015101911716

NP 015101911716

EXERCÍCIO 2020

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTOS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS DURANTE O DESLOCAMENTO. SEGURO DPVAT

PE Nº 015101911716 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NÁGIO RODRIGUES DA CUNHA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
[WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

0	0	0
EXERCÍCIO [] 2020	[] DATA EMISSÃO [] 12 / 02 / 20	PLACA [] PGD7734
VA [] 1	RENAVAM [] 493425896	MARCA / MODELO [] HONDA / CG 150 PAN ESI
ANO FAB. [] 2012	ANO TINF. [] 09	NR CHASSI [] 9C2KC1670CR613972
PRÉMIO TARIFÁRIO	DESCRIÇÃO []	DESCRIÇÃO []
IPVA (R\$) [] 2,65	DESCRIÇÃO (R\$) [] 0,41	DESCRIÇÃO (R\$) [] 4,05
PREÇO TANFÁRIDO (R\$) [] 0,10	CUSTO DO BILHETE (R\$) [] 0,15	CUSTO DO SEGURO (R\$) [] 12,30
OBSERVAÇÕES []	PAGAMENTO [] X COTA UNICA	DATA DE QUITAÇÃO [] 15 / 01 / 20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.298.608/0001-04

REGISTRO PRÉVIO GRAVATAÍ - PE

RESISTÂNCIA E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É DE PÔRTE OBRIGATÓRIO.

RESISTÂNCIA E GUARDE O BILHETE DPVAT

29 OUT 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389076 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA **Data do acidente:** 21/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.
FRATURA DE CUNEIFORME MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PE ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P3/5-CIRURGIA 6/10/11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: <i>Bartiria Brak</i> CRM: CRM 11 825	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____, RG Nº _____, ORG. EXP. _____, UF _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

PROTÓCOLO



COMPRO
24 OUT 2020
VIA SE
PROTOCOLO

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SDS/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77,

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2. OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SJP/PE em
15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SJ MARIA IRABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IRABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

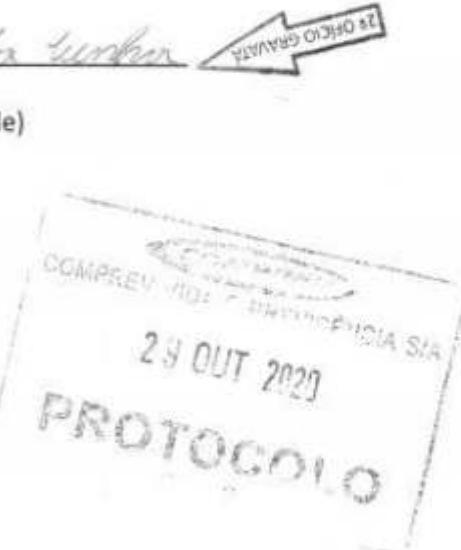
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

José Navison Rodrigues da Cunha. Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravatá, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha 

(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço a firma por autenticidade de: 04/09/2020 10:54:3
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Dou fé

Em testemunho _____ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabeliã Substituta

Selo: 0073843-XDQ09202001_01747
Custas R\$ 4,45 TSNR R\$ 0,62 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Usuário: daniela



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Naige Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>51 Maria Isabel</u>	<u>700</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>M. Isabel</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9668-4814</u>	
	Telefone celular (DDD)	

Gravatá, 28 de 09 de 20 29 OUT 2020
Local e Data

naige rodrigues da cunha
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308877/20

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

CPF: 718.585.034-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2020

JOSE NAVISON

RODRIGUES DA CUNHA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA : 755.976.834-20

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

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA : 718.585.034-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
CPF: 718.585.034-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva