



Número: **0038028-68.2021.8.17.2001**

Classe: **CUMPRIMENTO DE SENTENÇA**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO JOSE DA SILVA (EXEQUENTE)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (EXECUTADO)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
86243856	16/08/2021 15:45	2829553_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210145860

Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000986463464-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210145860 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA BILATERAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 12 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000986463464-5

Nr. da Autenticação CD9C115DE36BA940



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

035.944.374-50 ANTONIO JOSE DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 035.944.374-50

7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: AVENIDA BR DE JERA CRUZ 9 - Número: 37 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.600-000

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 986463464 5

(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0117001097**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/05/2021** às **10:19**

Complementa o BO Número: **21E0117001091**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/11/2020** às **09:02**

Fato ocorrido no endereço: **ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53210-000 -**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO DE COMBUSTIVEL ZE CABRAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEANDRO LIMA DA SILVA (OUTRO)
ANTONIO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO JOSE DA SILVA

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

ANTONIO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OTAVILIA MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: **21/5/1954** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1261965/SDS/PE (RG), 03594437450 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 81985714493**

Endereço Residencial: **RUA AMAZONAS, 1162 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

LEANDRO LIMA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

CAMINHONETE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,0 (UNIDADE)**

TRICICULO MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO LIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,0 (UNIDADE)**

Placa: **PGW7493 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

TEM O COMUNICANTE INFORMAR QUE TRANSITAVA NA RUA AMAZONAS COM SEU TRICICULO QUANDO FOI ABAURROADO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA CRUZ DE REBOUCAS E DPOIS PARA HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

ANTONIO JOSE DA SILVA

12/05/2021 10:11



(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEMIS SANTOS DE LIMA** - Matrícula: **3996441**
(Liberado em **12/05/2021** às **10:20**)



12/05/2021 10:18





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0117001091**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2021** às **16:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2020** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53210000 -**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO DE COMBUSTIVEL ZE CABRAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEANDRO LIMA DA SILVA (OUTRO)
ANTONIO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

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

ANTONIO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **OTAVILIA MARIA DA SILVA** Pai: **SEVERINO JOSE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **21/5/1954** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1261965/SDS/PE (RG). 03594437450 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 81985714493**

Endereço Residencial: **RUA AMAZONAS, 1162 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

LEANDRO LIMA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

CAMINHONETE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

TRICICULO MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO LIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PGW7493 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

VEM O COMUNICANTE INFORMAR QUE TRANSITAVA NA RUA AMAZONAS COM SEU TRICICULO QUANDO FOI ABAURROADO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA CRUZ DE REBOUCAS E DPOIS PARA HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

ANTONIO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

11/05/2021 16:28





B.O. registrado por: **BARTOLOMEU BELTRÃO DE FARIAS FILHO** - Matrícula: **3847306**
(Liberado em **11/05/2021** às **16:30**)

11/05/2021 16:28



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

035.944.374-50 ANTONIO JOSE DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 035.944.374-50

7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: AVENIDA BR DE JERA CRUZ 9 - Número: 37 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.600-000

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 986463464 5

(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vê nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-062
CNPJ: 10.836.902/0001-00 | Insc. Est. 0005943-93 | www.ceppe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. SR. DE VERA CRUZ, 337

CRUZ DO REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSUPE
53600-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
4002801529	03/2021
DATA DE VENCIMENTO	DOCUMENTO DE MÓDULO LETRADO
01/04/2021	27/04/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	95,52

Nº DA MATRÍCULA	SÉRIE	EMISSÃO
148307050	GRACA	25/03/2021
APRESENTAÇÃO	Nº DO CENSO	Nº DA INSTALAÇÃO
55332521	2021878624	1358022

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Transmiso Ao-q(1)Mn) TUBO	100,00000000	0,48225146	48,22
-sumo Ao-q(1)Mn) TE	100,00000000	0,39829051	39,82
1 - saca de cimento AMARELA			1,84
2 - areia - 3mm - Pávea Municipal			7,84
CMES Subvenção-CDE-RF 141352044-250 (1/2)			0,51
Multa por obra c/d-RF 145442677 - 2302021			1,70
Juros por obra c/d-RF 145442677 - 2302021			0,36
Aluguel - RF 145442677 - 2302021			1,07

TOTAL DA FATURA

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE GAS	CONSTANTE 1.0000	AJUSTE	CONSUMO (KW /H)
		25. DATA	1. LEITURA	25. DATA	1. LEITURA				

INFORMAÇÃO DE TENDIMENTO		INFORMAÇÃO DE TENDIMENTO				Faturado para emissão da Nota - Cúspide	
DATA	VALOR	ICMS	PIS	COPINS	BASE DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
01/01/10	100				10,00	0,01	0,01
02/01/10	100				10,00	0,01	0,01
03/01/10	100				10,00	0,01	0,01
04/01/10	100				10,00	0,01	0,01
05/01/10	100				10,00	0,01	0,01
06/01/10	100				10,00	0,01	0,01
07/01/10	100				10,00	0,01	0,01
08/01/10	100				10,00	0,01	0,01
09/01/10	100				10,00	0,01	0,01
10/01/10	100				10,00	0,01	0,01
11/01/10	100				10,00	0,01	0,01
12/01/10	100				10,00	0,01	0,01
13/01/10	100				10,00	0,01	0,01
14/01/10	100				10,00	0,01	0,01
15/01/10	100				10,00	0,01	0,01
16/01/10	100				10,00	0,01	0,01
17/01/10	100				10,00	0,01	0,01
18/01/10	100				10,00	0,01	0,01
19/01/10	100				10,00	0,01	0,01
20/01/10	100				10,00	0,01	0,01
21/01/10	100				10,00	0,01	0,01
22/01/10	100				10,00	0,01	0,01
23/01/10	100				10,00	0,01	0,01
24/01/10	100				10,00	0,01	0,01
25/01/10	100				10,00	0,01	0,01
26/01/10	100				10,00	0,01	0,01
27/01/10	100				10,00	0,01	0,01
28/01/10	100				10,00	0,01	0,01
29/01/10	100				10,00	0,01	0,01
30/01/10	100				10,00	0,01	0,01
31/01/10	100				10,00	0,01	0,01
32/01/10	100				10,00	0,01	0,01
33/01/10	100				10,00	0,01	0,01
34/01/10	100				10,00	0,01	0,01
35/01/10	100				10,00	0,01	0,01
36/01/10	100				10,00	0,01	0,01
37/01/10	100				10,00	0,01	0,01
38/01/10	100				10,00	0,01	0,01
39/01/10	100				10,00	0,01	0,01
40/01/10	100				10,00	0,01	0,01
41/01/10	100				10,00	0,01	0,01
42/01/10	100				10,00	0,01	0,01
43/01/10	100				10,00	0,01	0,01
44/01/10	100				10,00	0,01	0,01
45/01/10	100				10,00	0,01	0,01
46/01/10	100				10,00	0,01	0,01
47/01/10	100				10,00	0,01	0,01
48/01/10	100				10,00	0,01	0,01
49/01/10	100				10,00	0,01	0,01
50/01/10	100				10,00	0,01	0,01
51/01/10	100				10,00	0,01	0,01
52/01/10	100				10,00	0,01	0,01
53/01/10	100				10,00	0,01	0,01
54/01/10	100				10,00	0,01	0,01
55/01/10	100				10,00	0,01	0,01
56/01/10	100				10,00	0,01	0,01
57/01/10	100				10,00	0,01	0,01
58/01/10	100				10,00	0,01	0,01
59/01/10	100				10,00	0,01	0,01
60/01/10	100				10,00	0,01	0,01
61/01/10	100				10,00	0,01	0,01
62/01/10	100				10,00	0,01	0,01
63/01/10	100				10,00	0,01	0,01
64/01/10	100				10,00	0,01	0,01
65/01/10	100				10,00	0,01	0,01
66/01/10	100				10,00	0,01	0,01
67/01/10	100				10,00	0,01	0,01
68/01/10	100				10,00	0,01	0,01
69/01/10	100				10,00	0,01	0,01
70/01/10	100				10,00	0,01	0,01
71/01/10	100				10,00	0,01	0,01
72/01/10	100				10,00	0,01	0,01
73/01/10	100				10,00	0,01	0,01
74/01/10	100				10,00	0,01	0,01
75/01/10	100				10,00	0,01	0,01
76/01/10	100				10,00	0,01	0,01
77/01/10	100				10,00	0,01	0,01
78/01/10	100				10,00	0,01	0,01
79/01/10	100				10,00	0,01	0,01
80/01/10	100				10,00	0,01	0,01
81/01/10	100				10,00	0,01	0,01
82/01/10	100				10,00	0,01	0,01
83/01/10	100				10,00	0,01	0,01
84/01/10	100				10,00	0,01	0,01
85/01/10	100				10,00	0,01	0,01
86/01/10	100				10,00	0,01	0,01
87/01/10	100				10,00	0,01	0,01
88/01/10	100				10,00	0,01	0,01
89/01/10	100				10,00	0,01	0,01
90/01/10	100				10,00	0,01	0,01
91/01/10	100				10,00	0,01	0,01
92/01/10	100				10,00	0,01	0,01
93/01/10	100				10,00	0,01	0,01
94/01/10	100				10,00	0,01	0,01
95/01/10	100				10,00	0,01	0,01
96/01/10	100				10,00	0,01	0,01
97/01/10	100				10,00	0,01	0,01
98/01/10	100				10,00	0,01	0,01
99/01/10	100				10,00	0,01	0,01
100/01/10	100				10,00	0,01	0,01

INFORMAÇÃO DE TENDIMENTO		TAXAS APLICADAS		TAXAS APLICADAS	
DATA	VALOR	TAXA	VALOR	TAXA	VALOR
01/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
02/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
03/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
04/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
05/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
06/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
07/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
08/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
09/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
10/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
11/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
12/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
13/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
14/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
15/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
16/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
17/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
18/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
19/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
20/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
21/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
22/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
23/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
24/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
25/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
26/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
27/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
28/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
29/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
30/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
31/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
32/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
33/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
34/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
35/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
36/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
37/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
38/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
39/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
40/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
41/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
42/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
43/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
44/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
45/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
46/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
47/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
48/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
49/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
50/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
51/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
52/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
53/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
54/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
55/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
56/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
57/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
58/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
59/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
60/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
61/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
62/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
63/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
64/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
65/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
66/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
67/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
68/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
69/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
70/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
71/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
72/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
73/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
74/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
75/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
76/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
77/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
78/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
79/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
80/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
81/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
82/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
83/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
84/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
85/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
86/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
87/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
88/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
89/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
90/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
91/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
92/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0,01
93/01/10	100	0,01	0,01	0,01	0

[illegible]

A estrutura geral de funcionamento (Figura 1) do ASES, 4142011, tem-se, portanto, permissão para a utilização de recursos de tecnologia, para controle, acesso e utilização de documentos e dados.

VARIAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES					NÍVEL DE TEMPO		
	CONVERTE REDE/CMS	VALOR ANUALIZADO	LÍMITE NOMINAL	LÍMITE FINANCEIRO	LÍMITE ANUALIZ. (%)	TEMPO NOMINAL (S/P)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%)
DMT		0,00	3,23	8,67	13,99	380	200 300
FEI		0,00	3,94	0,00	0,00		
DMC	Linha ESCP 1202	0,00	va	segundo o Livro de Serviços de Transmissão e RSE 32.21			

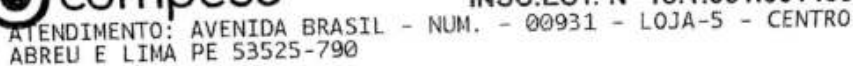
40035011-0	11/04/2023	95,52
JUNTA CONTRATO		
MUNICIPIO		
BANCA VOTANTE		
TOTAL A PAGAR (RS)		

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Banco 033-7 Agência 4025

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 116.

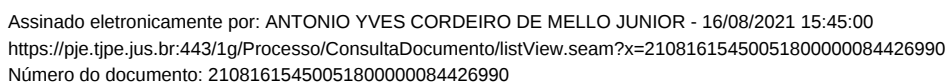


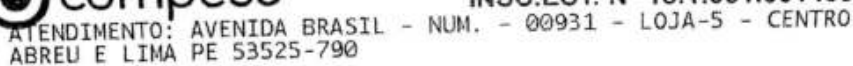


INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

VENCIMENTO: 15/05/2021 TOTAL A PAGAR: 113,76

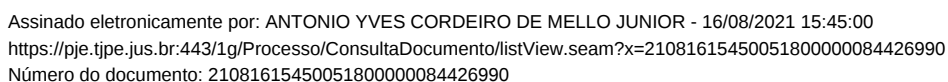




INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

VENCIMENTO: 15/05/2021 TOTAL A PAGAR: 113,76



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

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

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO JOSÉ DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 035.944.374-50, de sinistro de DPVAT cobertura **DAMS** da Vítima

ANTONIO JOSÉ DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 035.944.374-50.

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Abreu e Lima/PE 12 de Maio de 2021

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

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

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO JOSÉ DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.944.374-50, de sinistro de DPVAT cobertura **DAMS** da Vítima

ANTONIO JOSÉ DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.944.374-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Abreu e Lima/PE 12 de Maio de 2021

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



PA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/11/2020 09:02

Nome Paciente: ANTONIO JOSE DA SILVA SIC
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 66
Senha: P0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 30/11/2020 09:03 - 30/11/2020 09:03

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE DOR NO PEITO + VOMITO COM SANGUE + DOR NAS COSTAS APOS AC DE
MOTO HA 10 MIN
NEGA DESMAIO / VOMITO

Observação:

NEGA ALERGIA
HAS+
DM-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 200.00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2020 09:03

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Atendimento: 1240350

Senha da Classificação:

P0014

Data e Hora: 30/11/2020 09:13

Paciente: 86892 ANTONIO JOSE DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data do Nascimento: 21/05/1954

Idade: 66 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: OTACILIA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA AMAZONAS DE 65 A 999

1128

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53510795

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS: 700006532718492

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: mmhg
DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Levante após trauma sangramento no local de trabalho e dor lombar
após queda de muro há 10 dias. Usou Sinape e Ureol. Usou
Rex que levou um pouco de alívio.
Dor alívio.

EXAME FÍSICO:

26 anos, cor, eufórico. Hematoma em região
S. BCCS. Cervical lateral com sangramento gengival
AUSCULTAÇÃO SITO L. 97.22 FR. 16.10 FC. 92 bpm.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Quebra de osso

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Dipirone 0.5g + 20 mL de suco de laranja
Paracetamol 500mg + 100 mL de suco de laranja
Atorvastatina 20mg. Solicitar que o paciente procure no serviço de atendimento
Sinape
Alívio em 4 horas
Dor alívio.

Médico / Crechepe:

Amarelson S. P. + 100% SFO, 9.10

ENCAMINHADO:

() Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crechepe:

Amarelson S. P. + 100% SFO, 9.10

At. 43 em emergência
Dor alívio e orientações para o paciente
logar do USF
Análise de exames



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☒ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ AS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/12/2020 08:57



Nome Paciente: ANTONIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/05/1954
Sexo: Masculino
Idade: 66
Senha: P0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 02/12/2020 09:20 - 02/12/2020 09:22

ADRIANO XAVIER LINS - COREN: 83681 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: SIC DOR EM FACE APOS TRAUMA

Observação: TEM HAS E DM E NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: ALTERAÇÕES GLICEMICAS

Discriminador(es): - GLICEMIA > 250MG/DL E SINAIS DE DESIDRATAÇÃO

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - HGT: 250.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 81.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG

Acolhido(a) por: ADRIANO XAVIER LINS - COREN: 83681 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2020 09:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA IGARASSU - IGARASSU



Atendimento: 1240927

Senha da Classificação:

P0023

Data e Hora: 02/12/2020 09:31

Paciente: 86892 ANTONIO JOSE DA SILVA Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:
Nome Social: Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 21/05/1954 Idade: 66 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: OTACILIA MARIA DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA AMAZONAS DE 65 A 999 -- 1128 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53510795 Usuário Atendimento: EDJAMAS
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 700006532718402
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg
DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doença de mão, 3 dias. Comprou odontologista hoje que veridunice
fratura maxilar.

Int: d Mas @ Im @.

EXAME FÍSICO:
GGB, note

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura pare

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

sentir Urgência - Bucomaxila - NOV: 6081028	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Dr. Flávio de Aguiar
CRM 23102

OT



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

02/12/20 às 11:10 - Pac. admitido na sala amarela consciente, orientado, agitado, expulso sem color, amido acentuado normocrado e hidratado. A/P em MSD. Medicado com. Segue no cuidado da enfermagem e transf. para o bloco.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☒ () Melhorada () Com Atestado () Com Prescriçã
() TRANSFERÊNCIA LOCAL: SENHA:
() ÓBITO Data: AS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Medico / Cronepe

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: HORA:

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	Paciente
02.12.20	Adm. de enfermagem aguda transmissível
21:05	no HCU para avaliação do BMT.
	do cur: 60, consent, amido, novo
	cond, lúctico, apul, supuro, novo-
	cínio, Adom, dnuil med a
	Mini CF+
	Jose Rouson P. Cordeiro
	PREN. PE 200823 ENF
22:15h	Pte. estocul, segue em ressoar
	pt HCU no articulo e com
	tec enf
	CPMKW151



PA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/11/2020 09:02

	Nome Paciente:	ANTONIO JOSE DA SILVA SIC
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	66
	Senha:	P0014
	Convênio:	-
	Atendimento:	

SAME:

: 30/11/2020 09:03 - 30/11/2020 09:03

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE DOR NO PEITO + VOMITO COM SANGUE + DOR NAS COSTAS APOS AC DE
MOTO HA 10 MIN
NEGA DESMAIO / VOMITO

Observação:

NEGA ALERGIA
HAS+
DM-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 200.00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2020 09:03

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Atendimento: 1240350

Senha da Classificação:

P0014

Data e Hora: 30/11/2020 09:13

Paciente: 86892 ANTONIO JOSE DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data do Nascimento: 21/05/1954

Idade: 66 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: OTACILIA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA AMAZONAS DE 65 A 999

1128

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53510795

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS: 700006532718492

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: mmhg
DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Leite após 1 hora de sangramento no abdômen e dor lombar
após queda de muro há 10 dias. Usou Sinape e Ureterol.
Reflexo que levou a morte da mãe.
Dor alveolar.

EXAME FÍSICO:

26 anos, cor, eufórico. Hematoma em região
SV: BCCS. Certificação com sangramento gengival
AUSCULTAÇÃO: S1: 97, S2: 92 FC: 92 bpm.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Queda de muro.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Dipirona 500mg + 20 mL de suco de laranja
Paracetamol 500mg + 100 mL de suco de laranja
Atorvastatina 20mg. Solicitar que o paciente faça uso de Atorvastatina
Sinape
Alveolar 800mg

Médico / Crechepe:

Amarelson SPT + 100 mL de suco de laranja

ENCAMINHADO:

() Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crechepe:

Amarelson SPT + 100 mL de suco de laranja

Atorvastatina 20mg + 100 mL de suco de laranja
Sinape + Alveolar 800mg
Alveolar 800mg



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☒ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ AS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/12/2020 08:57



Nome Paciente: ANTONIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/05/1954
Sexo: Masculino
Idade: 66
Senha: P0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 02/12/2020 09:20 - 02/12/2020 09:22

ADRIANO XAVIER LINS - COREN: 83681 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: SIC DOR EM FACE APOS TRAUMA

Observação: TEM HAS E DM E NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: ALTERAÇÕES GLICEMICAS

Discriminador(es): - GLICEMIA > 250MG/DL E SINAIS DE DESIDRATAÇÃO

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - HGT: 250.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 81.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG

Acolhido(a) por: ADRIANO XAVIER LINS - COREN: 83681 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2020 09:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA IGARASSU - IGARASSU



Atendimento: 1240927

Senha da Classificação:

P0023

Data e Hora: 02/12/2020 09:31

Paciente: 86892 ANTONIO JOSE DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data do Nascimento: 21/05/1954 Idade: 66 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: OTACILIA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA AMAZONAS DE 65 A 999 --

1128

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53510795

Usuário Atendimento: EDJAMAS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS: 700006532718402

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: / /

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa de dor, 3 dias. Comprou odontologista hoje que veridunice
fratura maxilar.

Int: d Mas @ Im @.

EXAME FÍSICO:

GGB, note

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura max

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

sentir Urgência - Bucomaxila - NOV: 6081028	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Ot



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

02/12/20 às 11:10 - Pac. admitido na sala amarela consciente, orientado, afiel, expulso sem calor, amido acentuado, normocrado e hidratado. A/P em MSO. Medicado com. Segue no cuidado da enfermagem e transf. para o bloco.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☒ () Melhorada () Com Atestado () Com Prescriçã
() TRANSFERÊNCIA LOCAL: SENHA:
() ÓBITO Data: AS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Medico / Cronepe

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: HORA:

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	Procedimento
02.12.20	Paciente admitido no leito sobre o qual foi dada de emergência a queda transfusional.
21:05	no HGU para avaliação do BMT. Ao exam: tórax, coração, orelhas, nariz, boca, linfáticos, apêndices, membros, não- cintados, Adoma, dorsal med e perí. CF+.
	Jose Rouson P. Cordeiro CREN: PE 200823 ENF
22:15h	Paciente estóico, segue em transporte p/ HGU no ambulatório com téc. enf.
	CPMK/151





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 902354

1.1 - Atendimentos em: 02/12/2020

1.2 – Às 23 horas e 38 minutos.

1.3 – Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1161840

2.1 – Internado em: 02/12/2020

2.2 - Alta em: 07/12/2020

3. Hipótese Diagnóstica : FRATURA DA MANDÍBULA.

4. Tratamento: 05/12/2020 – REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 30.3.2021
HORA: 11:57:09
PASTA: 01.03.2021
GSL
LP

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02/12/2020 23:30

Nome Paciente:	ANTONIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	21/05/1954
Sexo:	Masculino
Idade:	66
Senha:	PE0030
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 02/12/2020 23:30 - 02/12/2020 23:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS, EVOLUI COM DOR + EDEMA EM HEMIFACE ESQ. REFERE DM HAS
NEGA ALERGIAS SINTOMAS GRIPAIS

Observação: SENHA 6081028

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM FACE

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: BUCO MAXILO FACIAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2020 23:31





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 902354

Prontuário: 0001161840

Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA

Data Nasc.: 21/05/1954

Idade: 66

Sexo: MASCULINO

CPF:

RG: 1261965

CNS: 700006532718402

Endereço: RUA AMAZONAS DE 65 A 99998

Nº 1128

Bairro: CENTRO

Cidade: ABREU E LIMA

CEP: 53510795

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 84572170

Nome da Mãe: OTACILIA MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Clínica: BUCOMAXILOFACIAL

Ocorrência: 6081028

2 - ATENDIMENTO

Data: 02/12/2020

Hora: 23:38

Queixa Principal/HDA

Paciente com história de queda de moto há 03 dias, nega síncope e nega êmese.
Hipertenso e diabético.
No momento noto ao exame físico mobilidade atípica em mandíbula, edema sublingual

tória do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☒ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☒ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☒ NÃO
Acidente de Trânsito:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☒ NÃO	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐		
Atropelamento:	☐ SIM ☒ NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo: acidente de moto	Sofreu Queda:	☐ SIM ☐ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☒ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☐ SIM ☒ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia:	☒ SIM ☐ NÃO	O paciente fala:	☐ SIM ☐ NÃO	Temp.:
egb					
B: Respiratório:					
eupnéico					
C: Circulatório	PA:	Pulso:			
irmocorado					
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas:	Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐		
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: 4 Hora:	Score: 5 Hora:	Score: 6 Hora:			
E: Abdomen					
indoloar					
Diagnóstico Inicial: fratura de mandíbula					
Exames/ Conduta:					
exame físico + exame clínico anamnésico + em programação cirúrgica					
Definição do Caso:					
Internamento ☒	Cirurgia ☐	Óbito ☐	Termo de Alta ☐	Evadiu-se ☐	Alta ☐ Transferência ☐

MARINA GONCALVES DE ANDRADE - CRO: Nº.13590

Médico





DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Unidade de Saúde:	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		
Nome do paciente:	ANTONIO JOSE DA SILVA	Prontuário:	1161840
Unidade de Internação:	SALA DE RECUPERAÇÃO	Leito:	SR 13
		Atendimento:	902796

Cirurgião: HUGO FRANKLIN LIMA DE OLIVEIRA - 8241

1º Assistente: ANTONIO JORGE ORESTES CARDOSO - 4349

2º Assistente: THAISA TAMIRES FORTALEZA SPINELLI DE FRE - 12872

Instrumentador: BRUNO HAYASIDA

Anestesista: MICHEL

Anestesia:	GERAL	Duração:	
Data da Operação:	05/12/2020	Início:	
		Fim:	

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MANDIBULA

Diagnóstico Pós-Operatório:

FRATURA DE MANDIBULA

Operação Proposta:

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA

Operação Realizada:

CIRURGIA MULTIPLA SEM TRAUMA 0415010012 + OSTEOTOMIA DE MANDIBULA 0404020461 + OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA 0404020500 + RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA 0404020739

Descrição do Ato Operatório:

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral
- 2) Antissepsia e exposição dos campos cirúrgicos
- 3) Colocação de tampão orofaríngeo
- 4) Infiltração de anestésico local bupivacaína 0,5% + epinefrina 1:200.000
- 5) Acesso submandibular E + Divulsão por planos para acessar a fratura
- 6) Acesso vestibular de Mandíbula para parasinfese D
- 7) Osteotomia de mandíbula + Redução e osteossíntese de fratura complexa bilateral de mandíbula com 04 placas do sistema 2.0mm + 16 parafusos do mesmo sistema para reconstrução parcial de mandíbula
- 8) Irrigação copiosa
- 9) Sutura por planos com Vicryl 4.0 + Nylon 5.0
- 10) Remoção do tampão orofaríngeo
- 11) Toilete da face
- 12) A SRPA

Hugo F. L. Oliveira
Cirurgião e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PE 8241

Bruno Hayasida
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HUOC / FOP / UPE
CRO-PE 14452

PRISCILA LINS AGUIAR - CRO: Nº.14379





DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Unidade de Saúde:	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		
Nome do paciente:	ANTONIO JOSE DA SILVA		
Unidade de Internação:	SALA DE RECUPERAÇÃO	Leito:	SR 13
		Prontuário:	1161840
		Atendimento:	902796

Cirurgião: HUGO FRANKLIN LIMA DE OLIVEIRA - 8241

1º Assistente: ANTONIO JORGE ORESTES CARDOSO - 4349

2º Assistente: THAISA TAMIRES FORTALEZA SPINELLI DE FRE - 12872

Instrumentador: BRUNO HAYASIDA

Anestesista: MICHEL

Anestesia:	GERAL	Duração:	
Data da Operação:	05/12/2020	Início:	
		Fim:	

Diagnóstico Pré-Operatório:
FRATURA DE MANDIBULA

Diagnóstico Pós-Operatório:
FRATURA DE MANDIBULA

Operação Proposta:
REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA

Operação Realizada:
CIRURGIA MULTIPLA SEM TRAUMA 0415010012 + OSTEOTOMIA DE MANDIBULA 0404020461 + OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA 0404020500 + RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA 0404020739

Descrição do Ato Operatório:

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral
- 2) Antissepsia e aposição dos campos cirúrgicos
- 3) Colocação de tampão orofaríngeo
- 4) Infiltração de anestésico local bupivacaína 0,5% + epinefrina 1:200.000
- 5) Acesso submandibular E + Divulsão por planos para acessar a fratura
- 6) Acesso vestibular de Mandíbula para parasinfese D
- 7) Osteotomia de mandíbula + Redução e osteossintese de fratura complexa bilateral de mandíbula com 04 placas do sistema 2.0mm + 16 parafusos do mesmo sistema para reconstrução parcial de mandíbula
- 8) Irrigação copiosa
- 9) Sutura por planos com Vicryl 4.0 + Nylon 5.0
- 10) Remoção do tampão orofaríngeo
- 1) Toilette da face
- 2) A SRPA

Hugo F. L. Oliveira
Cirurgião e Traumatologia
Bucal, Maxilo-Facial
CRC-PE: 8241

Bruno Hayasida
Cirurgião e Traumatologia
Bucal, Maxilo-Facial
Residente HUOC / FOP / UPE
CRO-PE 14452

PRISCILA LINS AGUIAR - CRO: Nº.14379





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Getúlio Vargas



NOME: ANTONIO JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE: OTACILIA MARIA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 0001161840

PESO:

ALTURA:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
FRATURA DE MANDIBULA

CARTÃO SUS: 700006532718402

LOCALIZAÇÃO: SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO: SR 13

DATA DE NASCIMENTO: 21/05/1954

IDADE: 66

SEXO: MASCULINO

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: CIRURGIA MULTIPLA SEM TRAUMA 0415010012 + OSTEOTOMIA DE MANDIBULA 0404020461 +
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAME: OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA 0404020500 + RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE
CIRURGIA MULTIPLA SEM TRAUMA 0415010012 + OSTEOTOMIA DE MANDIBULA 0404020461 + OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA
DE MANDIBULA 0404020500 + RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA 0404020739

DATA DA INTERNAÇÃO: 03/12/2020

DATA DA ALTA: 07/12/2020

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID: FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE, PARTE NAO ESPECIFICADA - S029

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	HUGO FRANKLIN LIMA DE OLIVEIRA - 8241	
2	1º AUX CIR.	THAISA TAMIRES FORTALEZA SPINELLI DE FRE - 12872	
3	2º AUX CIR.	BRUNO DE ALBUQUERQUE HAYASIDA - 14452	
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	☐ DIÁRIA DE UTI
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ HEMODIÁLISE	☐ USO DE OXIGÊNIO
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	
	☐ OUTROS:	

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA DE MANDIBULA

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO	ÓBITO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS:	

ORIENTAÇÕES QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR OLINDO NETO 14/12 AS 7H

OBS: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo maximo de 48 horas após a alta do paciente.

07/12/20

DATA

BARBARA CAROLINE MOTA DOS SANTOS GURGEL - CRO 14259
MÉDICO RESPONSÁVEL/ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE | CEP 50630-060
Fone - (81) 3184-5600



Protocolo de Encaminhamento

Prof. Bruno Morilo
6081028
10-17h

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA

Nome do Paciente:

Pt: ANTONIO JOSE DA SILVA

CAÇÃO

Idade:

Sexo: M () F () Profissão:

Mãe: LUIZILIA MARIA DA SILVA

Idade: 1240927

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

História Clínica Atual:

CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

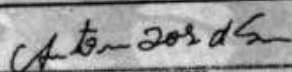
Glicemia Capilar (HGT): 250 Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 149 x 81
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

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

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





 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO 			
NOME ANTONIO JOSE DA SILVA DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 1261965 SSP PE			
CRF 035.944.374-50		DATA NASCIMENTO 21/05/1954	
FILIAÇÃO SEVERINO JOSE DOS SANTOS OTACILIA MARIA DA SILVA A PERMISSÃO ACC CAT. HAB AB			
Nº REGISTRO 02971467865		VALIDADE 23/10/2023	
		1ª HABILITAÇÃO 21/08/1978	
OBSERVAÇÕES EAR Assinatura do Portador 			
LOCAL PAULISTA, PE		DATA EMISSÃO 09/11/2020	
Assinatura do Emissor 		7513206546 PE098697129	
PERNAMBUCO			





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **035.944.374-50**

Nome: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data de Nascimento: **21/05/1954**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/07/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:28:53** do dia **29/12/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6171.FF85.1FE0.1B92**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014806089385 V.A. 1 1136734322 COD. RENAVAM 1136734322 R.U.T.R.C. 2019 EXERCÍCIO 2019 NOME LEANDRO LIMA DA SILVA 0394439643 OLINDA-PE		CPF / CNPJ 25.194.211/0001-33 PLACA PGM7493 PLACA ANT / UF ***** PE CHASSI 9C2K2C2500J006251 ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA GASEOLINA	
HONDA / CG 160 START MARCA / MODELO 2E / 162CL CAP / POT / CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA		ANO FAB 2017 ANO MOD 2018 VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS 2ª VENC. COTAS 3ª	
IPVA 2019 QUITADO FAIXA IPVA 1 PRECÍSEL MENSAL / COTAS 3ª PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 19/02/19		OBSERVAÇÕES RES. DOM. PERNAMBUCO MOTOS LTDA	
OLINDA LOCAL RUA DO SINAL RUA DO SINAL DATA 24/04/19			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS, COLOCADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 014806089385 BILHETE DE SEGURO DPVAT LEANDRO LIMA DA SILVA 0394439643 0-RUA NELSON MELO PAES BARRETO 1 53180-000 33 AGUAS COMERIDAS OLINDA-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	
V.A. 1 25.194.211/0001-33 RENAVAM 1136734322 ANO FAB 2017 OUT TIME 09 CHASSI 9C2K2C2500J006251 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 START Nº CHASSI 9C2K2C2500J006251	
PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 36.05 DEMATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TITUL. SEGURO (R\$) 84.58 DATA DE EMISSÃO 19/02/19 PAGAMENTO PARCELADO	
SEGURODPVAT LIDER - DPVAT CNPJ 09.246.606/0001-04	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117987/21

Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 30/11/2020

CPF: 035.944.374-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ANTONIO JOSE DA SILVA : 035.944.374-50

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: 13/05/2021
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: APOSENTADO
Identidade: 1261965-SSP/PE CPF: 035.944.374-50
Endereço: AVENIDA BR DE VERA CRUZ, nº 37, CRUZ DE
REBOUÇAS, IGARASSU/PE, CEP=53.600-000

PROCURADOR(A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 30/11/2020 cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e lima/PE 12/05/2021
Local e data

Antonio José da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117987/21

Número do Sinistro: 3210145860

Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 30/11/2020

CPF: 035.944.374-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 19/05/2021
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117987/21

Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 30/11/2020

CPF: 035.944.374-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ANTONIO JOSE DA SILVA : 035.944.374-50

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: 13/05/2021
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

