



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO L. UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES
Raça/Cor: PARDAS

DI Nasc: 24/03/1980 Idade: 39 ano(s) mês(es) de idade dias(es) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DA CONCEICAO MEDEIROS LIMA

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO SERROTE VERDE

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/BG: BARRA DE SANTA ROSA - PB - 58170000 - 250160

Telefone para contato: (83) 9331-3750 /

Data e Hora: 15/04/2019 13:23:30

SSVV

CNS: 705008230926153

Documento: 218377

Nº: 0

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica, apresentando sintomas de dor no peito, fadiga e perda de peso.

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Neste conforme o original
Picui, 15/04/2019
Assinatura Médica

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HRP

Assinatura

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO
CNS 9840 1600 453 7727
CPF: 048.187.564-66
CRM 0964 DC

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO
CNS 9840 1600 453 7727
CPF: 048.187.564-66
CRM 0964 DC

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

EIXO AMARELO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

avaliação de saúde

DIAGNÓSTICO:

Insuficiência cardíaca

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. CB 151/151 151/151

2. 151/151

3. 151/151

4. 151/151

5. 151/151

6. 151/151

7. 151/151

8. 151/151

9. 151/151

10. 151/151

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(SI)

CNS

CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68070152

REFERÊNCIA

OUT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE FABIO G OLIVEIRA
RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA, S/N - CENTRO BARRA DE
SANTA ROSA PB 58170- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
021.001.225.0174.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01A082037	22/03/2004	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
61		5		29		09/11/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2019	5	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2019	5	4	TURBIDEZ	0	0	0
JUL/2019	5	4	CLORO	0	0	0
JUN/2019	5	4	COL. TERMOT	0	0	0
MAI/2019	5	4	COR	0	0	0
ABR/2019	5	4	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	5					
DADOS REFERENTES A: AGO/2019						

DADOS REFERENTES A: AGO/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 10/10/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 17:16:50

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

5 M3

37,91

PJ NACONTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEE 17.741/12

VENCIMENTO:

03/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 3

ANORMALIDADE: HÍDRÔMETRO ENBACADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADFTRABALHOINFANTIL



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68070152	OUT/2019	03/11/2019	R\$ 37,91

82680000000 0 37910010021 1 06807015201 9 10201970003 2





00113446



PC-00

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
58187-000 PICUI - PB

011219

Fechamento próxima fatura: 01/01/2020

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.193,30
① Pagamentos efetuados	- 1.193,30
⑤ Saldo financiado	0,00
+ Encargos (financiamento + moratório)	79,87
+ Lançamentos atuais	482,13
⑥ Total desta fatura	562,00

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/12/2019

A) pagamento total

562,00

B) pagamento mínimo

159,02

C) parcelas fixas

50,97
+23x 50,97

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	562,00
Retirada de recursos País(saque)	90,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R\$
27/11	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 1.000,00
27/11	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 193,30
① Total dos pagamentos		- 1.193,30

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
21/10	EBANX *TRABFEITOS02/06 CURITIBA	19,90
25/10	MERCADOPAGO *OFICIO2/02 OSASCO - SP	126,41
30/10	CREATIVE COPIAS 02/04 SINOP	87,26
03/11	NETFLIX.COM SAO PAULO	32,90
16/11	MERCADOPAGO *MERCADINH OSASCO	207,63

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Número do Documento: 00135717798/0091543
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251,1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número
Valor do Documento
Vencimento

recibo do pagador

175/35717798-8
R\$ 562,00
17/12/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000	
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					Data de Vencimento 17/12/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251,1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE					Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 17/12/2019	Número do Documento 00135717798/0091543	Espécie DOC FT	Acelite N	Data do Processamento 01/12/2019	Nosso Número 175/35717798-8
Unidade do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 562,00
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					(-) Descontos / Abatimentos (*) Juros / Multa (=) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65 R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145 - 58187-000 PICUI - PB - CENTRO Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO ALEXANDRE MENDINOS NUNES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.376.074, 81

do sinistro de DPVAT cobertura Incursão da Vítima ANTONIO ALEXANDRE MENDINOS NUNES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

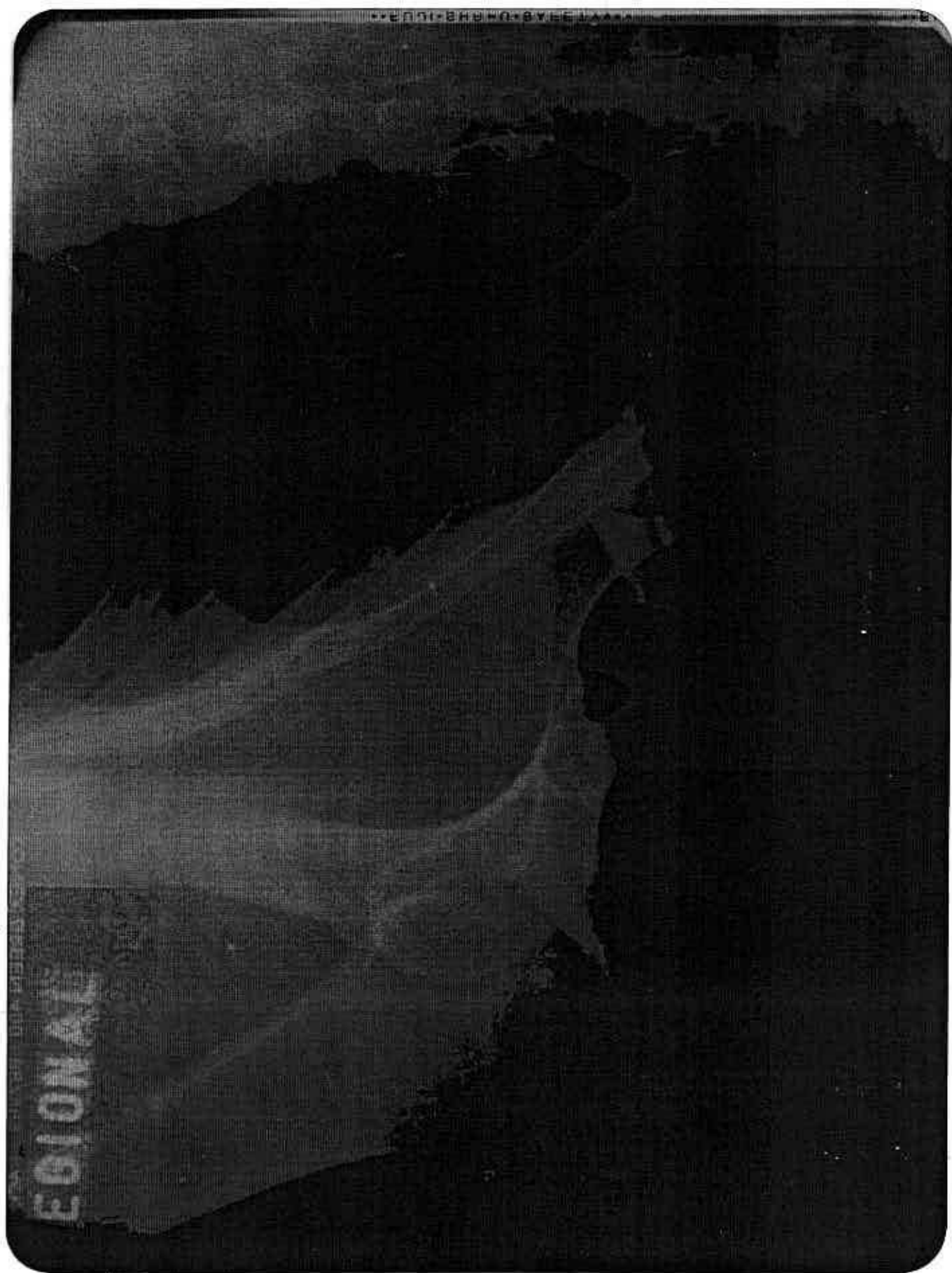
☒ Recuso informar

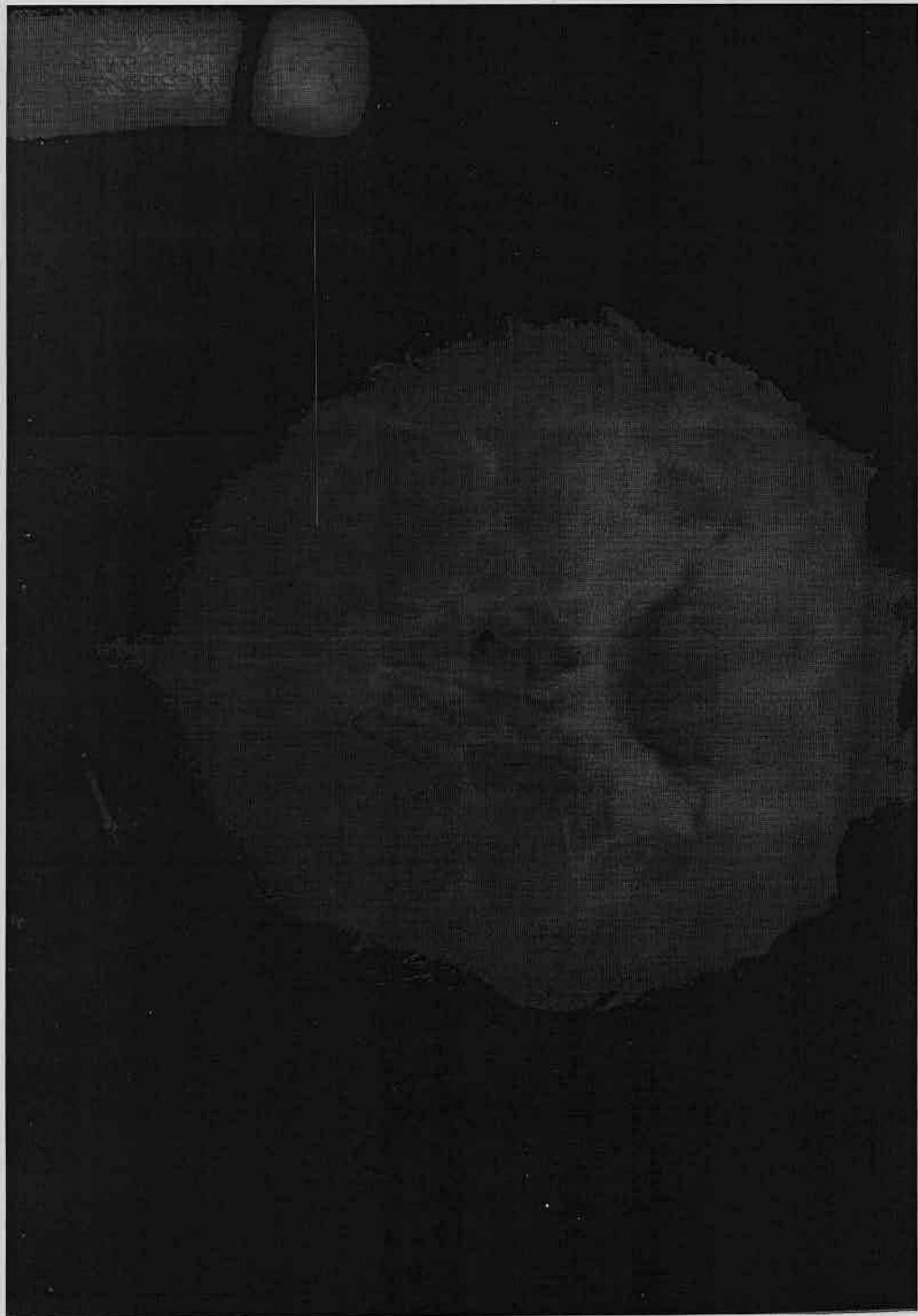
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 30 de Setembro de 2019.


Assinatura do Declarante







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 DE PICUI

2 - CNES
2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
Antônio Alexandre Nunes

4 - Nº DO PRONTUÁRIO
95502

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
R 70500923092053 24 03 30

6 - DATA DE NASCIMENTO
24 03 30

7 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

8 - RAÇA/COR
Pardo

9 - NOME DA MÃE
Maria da Conceição Medeiros

10 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **93** Nº DO TEL. **93313750**

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
Josefa Vasconcelos Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD () Nº DO TEL. ()

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Sítio serrate verde

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Bom Jesus de Itabira

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
380160

16 - UF
DF

17 - CEP
58170000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
**Perda de interesse de vida e de morte (SIC),
apresentando febre e sepsis.**

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Sab. evagin.

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

Ex. físico + Rx

Hospital Regional de Picuí
Atesta conforme original
Picuí, 29/08/2019
Arquivo Médico
[Assinatura]

Isadora de Lima D. Freitas
Auxiliar Adm. - 2109964

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de fêmur D

22 - CID 10 PRINCIPAL
S02.4

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Red. cirúrgica de estomodo

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040402 066-6

27 - CLÍNICA
evagin.

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO
Vig.

29 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
046288 574

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. Edley Porto

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/08/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Edley Porto - CFP: 045.268.574-74

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAS DA EMPRESA

42 - CBOE

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORÇÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
29/08/19

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

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

NOME	Antônio Alexandre Medeiros Nunes	IDADE	39	SEXO	M	GR. SANGÜÍNEO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de Zidoma D	CATEGORIA	SUS	DATA	13.05.19		
OPERAÇÃO REALIZADA	Redução cirúrgica e osteossíntese						
CIRURGIÃO	Dr. Edgley	AUXILIAR		ANESTESISTA	Dr. Vieira		
AGENTES VOLUNTÁRIOS							
CÓDIGO	220						
Anestesia N	200						
Oper. Intub T	180						
Endotr Pres A	160						
Distal Pulso O	140						
Resp. RA	120						
Assit. Resp. RE	100						
Pchout. Resp. RC	80						
Outr.	60						
	40						
	20						
Pré-Anestésico							
Anestesia	☐ Geral	☐ Raquiann	☐ Peridural	☐ Bloqueio de Plexo	☒ Outras		
Técnica				Venoclise			
Início		Término		Duração minutos			
AGENTES DOSES	LÍQUIDO			ML			
FENTANYL 150mcg	S-FISOL 0,9%			20cc			
PROPOLF 15							
SEVOFLORANO 300							
CEFTAZIDIM 20							
DEXAMETASONA 10mg							
ROSCOPAM 100mg							
ONDANSERTRON 4mg							
RANTHEDINA 5							
LEVOTILETID 5							
OBS:							
	Antonio						
	Rios Vieira						
	Anestesiologista						
	CRM - PB 3957						



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Antonio Alexandre Medeiros Nunes		
Data da operação: 13.05.19	Enf.: 25	Leito: 03
Operador: Dr. Edgley		1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: Dr. Vieira		Tipo de Anestesia: Sedação
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de arco Zigomático "D"		
Tipo de operação: Redução cirúrgica de fratura de arco Zigomático "D"		
Diagnóstico Pós-operatório: O. Muro		
Relatório Imediato do Patologista: Não.		
Exame Radiológico no Ato: Não.		
Acidente durante a operação: Não.		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Incisão DDH, sob anestesia genl. com acesso.
- ② Descrição dos campos e posição dos campos cirúrgicos.
- ③ Redução da fratura de Guinest, após incisão, em região sub-mental.
- ④ Drenagem de hematoma.
- ⑤ Instalação de Dreno de Penrot. d.v.
- ⑥ Sutura e Anato.

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Rua Manoel de Almeida, 1114
11/14



MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 01

Paciente: Antônio Alexandre Medeiros Nunes
 Médico: Dr. Edley Aux.: _____ Anest.: Dr. Vieira
 Diagnóstico: Fratura de fíbula D Tratamento: CIRÚRGICO
 Anestesia: Sedeção Início: _____ Término: _____ Enfer.: 809 Leito: 03

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD	FIOS	QTD
ALFENTA AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5		CAT GUT CROMADO Nº	
DIAZEPAM AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7		CAT GUT CROMADO Nº	
DIMORF AMP mg		AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	01	CAT GUT CROMADO Nº	
DOLANTINA AMP		AGULHA PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DORMONID AMP		AGULHA RAQUI Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
ETOMIDATO AMP		ALCOOL 70%	0,5	CAT GUT SIMPLES Nº	
FENTANIL AMP		ALGODÃO ORTOPEDICO		ETHIBOND	
HALOTHANO		AR COMPRIMIDO		FIO DE ALGODÃO C/A	
HYPOCAINA 2%		ATADURA DE CREPOM cm		FIO DE ALGODÃO S/A	
ISOFLURINE		ATADURA GESSADA cm		MONONYLON Nº	
KETALAR		BOLSA P COLOSTOMIA		MONONYLON Nº	
LIDOCAINA		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº 5-0	01
NARCAN AMP		CATETER P/ O2	01	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NILPERIDOL AMP		CLOHEXIDINA		PROLENE Nº	
PANCURON AMP		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº	
PROPOFOL AMP	0,5	COMPRESSA GRANDE	0,5	VICRYL Nº	
QUELICIN		DEPOSITO ANATOMOPATOLÓGICO P.M.G.			
SEVORONE	0,5	DRENO			
THIOPENTAZ FRASCO		DRENO HEMOVAC/SUÇÃO Nº		SÓROS	QTD
TRACUR AMP		DRENO PENROSE Nº		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
XYLESTESIN FRASCO		ELETRODO		S.F. A 0,9% FRASCO 250ml	
MEDICAÇÕES	QTD	EQUIPO DE SANGUE		S.F. A 0,9% FRASCO 500ml	01
ADRENAUNA AMP		EQUIPO MACROGOTAS		S.G. A 5% FRASCO 500ml	
AGUA DESTILADA AMP	02	ESPARADRAPO		S.R. FRASCO 250ml	
AMICACINA 250 mg		ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 500ml	01
AMINEFILINA		FIO DE KIRSCHNER Nº			
ATROPINA		GAZES ESTEREIS	0,5		
BENZETACIL AMP		GEL CONDUTOR			
BROMOPRIDA		INTRACATH ADULTO		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
CEDILANIDE AMP		JELCO Nº			
CEFALOTINA 1g F/AMP		KIT METICELULOSE			
CEFTRIAXONA 1g	02	LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CIMETIDINA AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº15			
DECADRON AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
DIPIRONA AMP		LENTE INTRA OCULAR			
EFEDRINA AMP		LUVAS Nº 6,5			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 7,0	01		
GARAMICINA AMP mg		LUVAS Nº 7,5	02		
GLICOSE AMP		LUVAS Nº 8,0			
HETHERGIN		LUVAS Nº 8,5		EQUIPAMENTOS	
HIDRALAZINA		LUVAS P/PROCEDIMENTO	0,5	ASPIRADOR	()
HIDROCORTISONA AMP mg		MICROPORE		BISTURI ELÉTRICO	()
KANAKION AMP		OXIGÊNIO L/M	0,5	CARDIOMONITOR	(X)
LASIX AMP		PVPI DEGERMANTE		DEFIBRILADOR	()
METRONIDAZOL AMP		PVPI TÓPICO		ESPIGNOMANOMETRO	(X)
NAUSEDRON AMP	01	SCALP Nº		FOCO AUXILIAR	(X)
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		FOCO CENTRAL	()
OXITOCINA		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml	02	OXIMETRO DE PULSO	(X)
PLASIL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 20 ml			
PROSTIGME		SERINGA DESCARTAVEL 3 ml	01		
TENOXICAN mg		SERINGA DESCARTAVEL 5 ml	01		
TRASAMIM AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
VITAMINA K		SONDA NASOGÁSTRICA Nº			
VOLTAREN AMP		SONDA URETRAL Nº			
Buprenorfina 0,3mg	01	TELA CIRÚRGICA			
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
				CIRCULANTE	

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Antônio Alexandre Medeiros Nunes Idade 39 Sexo ☒ M ☐ F
Admissão 13/05/19 Clínica Cirúrgico Ala Cirurgia Geral Enf. 009 Leito 03
Diagnóstico Fratura de Zígoma D

Infecção ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária
Topografia Infecção ☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ S.N.C. ☐ Ferida Cirúrgica
☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ Respiratória ☐ Pele / TSC ☐ Outros

Procedimento Realizado ☐ Biópsia ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia
☐ Cateter Venoso ☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Diálise ☐ Flebotomia
☐ Endoscopia ☐ Hemoterapia ☐ Nebulizador ☐ Punção Venosa
☐ NP ☐ Punção Lombar ☐ Punção Abdominal ☐ Punção Torácica
☐ Traqueostomia ☐ Tubo Endotraqueal ☐ Outros

Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Redução cirúrgica e Osteossíntese Anestesia Sedação

Data 13/05/19 Tempo 00:30

☒ Limpa ☐ Infectada ☒ Eletivo ☐ G P
☐ Potenc. Contaminada ☐ Urgência ☐ P P
☐ Contaminada ☐ Emergência ☒ M P

EQUIPE

Cirurgião Dr. Edley Auxiliar
Instrumentador Anestesista Dr. Vélina

RAIO X NA SALA ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO ☒ Profilático ☐ Terapêutico

NOME	<u>Clotônia Xona</u>	NOME	
DOSE / DIA	<u>2 g</u>	DOSE / DIA	
DURAÇÃO	<u>no ato cirúrgico</u>	DURAÇÃO	

BACTERIOLOGIA

GRAM ☐ Sim ☐ Não		CULTURA ☐ Sim ☐ Não	
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Obs:

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☒ Melhorando ☐ À Pedido
☐ Inalterado Causa:

Médico Assistente

1169 5818 9906 202 727
121 202 727 202 727
Márcio Sérgio de Medeiros Casado
Enfermeiro - COREN PB: 202 727
C.O.F. 702 9055 8185 6977



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 18 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.518.174/0001-85

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 95502

Nº Docum. 213577-V

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Antônio Alexandre Medeiros Nunes

Responsável: João Vitor Macedo Silva

Pai: Antônio Nunes Figueira

Mãe: Maria da Conceição M. Silva

Profissão: ass. cultor Data Nascimento: 24/03/80

Endereço: St. Sarroti Verde Nº _____

Bairro: _____ Cidade: B. de São João UF: PB

Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em: 12/05/19 Alta em: 17/05/19 Óbito em: 1/1

Arquivista

Médico Assistente



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI *Felipe Tiago Gomes*

R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.

CNPJ: 03.515.174/0001-85

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Ana Carolina Albuquerque

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

95955

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705008220926153

6 - DATA DE NASCIMENTO

24/03/1980

7 - SEXO

MASCULINO ☐ FEMININO ☒

8 - RAÇA/COR

Parda

9 - NOME DA MÃE

M. da Conceição Mendes da Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD *(83)* Nº DO TEL *9331-2750*

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Ana Carolina Albuquerque

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. ST. Sebastião Verde

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra São Rosa

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

250160

16 - UF

PB

17 - CEP

58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

1º e 2º episódios de processo infeccioso crônico em região inferior da TP

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Infecção crônica

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original
Picuí, 29/08/2013
Arquivo Médico
[Assinatura]

Assinatura de *[Assinatura]*
Atualizar Adm. - 210992-4

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

Exames + se finis

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ressecção faríngea

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ressecção faríngea

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010703017

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

Ressecção

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRINCIPAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

016758 Br. Bdzles Porto

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Edson Costa

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/08/13

33 - ASSISTENTE E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

Buco-Maxilo-Facial
REC-PR-1948 - CPE-016-2005-574-72

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CSOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

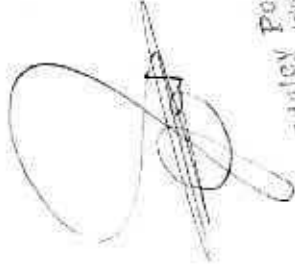
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

[illegible]

NOME: Antônio Alexandre Medeiros Nunes		IDADE: 39		PRONTUÁRIO Nº: 95.955						
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Celulite facial		ENFERMARIA: 203-02		DATA DA INTERNAÇÃO: 15.07.2019						
		03:02		DATA ATUAL: 17.07.2019						
Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS								EVOLUÇÃO DIÁRIA
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Dieta livre									2º DPO: Paciente estável, clínico sem alterações. Cd: Mobilizar dreno + curativo compressivo.
2	Jelco salinizado									
3	Cefalotina 1g IV de 6/6h									
4	Dipirona 2ml + AD.F.V de 6/6h S/N									
5	Decúbito dorsal em 0º									
6	Fisioterapia									
7	Mobilizar dreno: puxar 1 cm									
8	Curativo com PVPI, S.F e água oxigenada,									
9	Cuidados Gerais									
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										



Dr. Edley Porto
 CRM 16.744.000-0/RS
 Rua N. S. do Carmo, 100 - CEP: 91.040-000
 Fone: (51) 3081.514-19

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	NOME: <u>Antônio Alexandre M. Nunes</u>		IDADE:		PRONTUÁRIO: DATA DA INTERNAÇÃO: <u>15/07/17</u> DATA ATUAL: <u>22/07/17</u> EVOLUÇÃO DIÁRIA							
	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:		ENFERMARIA:									
			LEITO:									
	Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS								
1			1	2	3	4	5	6	7	8		
2	<u>Alta Hospitalar</u>											
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11	Dr. Edgley Porto Cirurgião Dentista CRM 6514-17											
12	Base Médica - C.R.F. 6654-17 Base PB - 3045											
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

Dr. Edgley Porto
Cirurgião Dentista
CRM 6514-17
Base Médica - C.R.F. 6654-17
Base PB - 3045



HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/3371-2880.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

Nº AIH
Nº de Ordem
Nº de Reg.
Nº Docum.

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Antonio Alexandre Medeiros Nunes
Responsável: Josefa Vasconcelos Silva
Pai: Antonio Nunes Ferreira
Mãe: M. da Conceição Medeiros Silva
Profissão: Agricultor Data Nascimento: 24/03/1980 Idade: 36
Endereço: ST Serrate Verde Nº
Bairro: Zona Rural Cidade: B. Sra. Rose UF: PB
Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐
Diagnóstico definitivo: *Calculose biliar*

PREENCHIMENTO MÉDICO

Tratamento efetuado no hospital: *curativo*
Exames realizados:

Internado em: 15/03/19 Alta em: / / Óbito em: / /
Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial, Implantes Dentais
Endereço: Rua N.º 15, 048, 258-37-74
Arquivista
Médico Assistente

HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/3371-2880.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

Nº AIH
Nº de Ordem
Nº de Reg.
Nº Docum.

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: Antonio Alexandre Medeiros Nunes	
Data Nascimento: 24/03/80	Sexo: Masculino ☒ Feminino ☐
Idade: 39 anos	Telefone para contato: (83) 99331-3750
Endereço: ST Serrate Verde	Nº
Bairro: Zona Rural	Cidade: B. Sra. Rose UF: PB
Profissão: Agricultor	Nº
Entrada: 15/03/19	Alta: / / Óbito: / /
Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐	
Pai: Antonio Nunes Ferreira	
Mãe: M. da Conceição Medeiros Silva	
Responsável: Josefa Vasconcelos Silva	
Médico assistente: <i>Dr. Edgley Porto</i>	
Diagnostico definitivo: <i>Calculose biliar</i>	
Tratamento: <i>curativo</i>	



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - "Felipe Tiago Gomes"

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Antonio Alexandre Medeiros Nunes, RG: 2591145**, nascido(a):

24/03/1980, declarou ser: **Agricultor, Residente no Sítio Serrote Verde, - Barra de Santa Rosa -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **13/05/2019. Vítima de Acidente de Moto para tratamento Cirúrgico CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no SAME (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 20 de Maio de 2019.


Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Buco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15
Bairro: Monte Santo
Picuí - PB
CEP - 58.187-000
Fone/Fax - (83) 3371-2990

Dr. Edgley Porto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 3848 CBO 2268
CPF 046.288.574-74
CNS 2002042331000061
CFL (83) 9968-6558

REGISTRO GERAL 2.591.145 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

FILIAÇÃO ANTONIO NUNES FERREIRA MARIA DA CONCEIÇÃO MEDEIROS SILVA

NATURALIDADE CUITÉ-PB DATA DE NASCIMENTO 24/03/1980

DIGITO ORIGEM CERT NASC. Nº5292 - LIVA-3 - FLS 148 - CARTORIO BARRA DE STA ROSA-PB

044.378.074-81

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 8.486/96 29/08/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-253

CARTeira DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 3.218/94)



ASSINATURA DO DETENTOR

Nilo Trigueiro Dantas





05584208

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2889825 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1983

CPF
047.951.774-85

QUADRO DE ÓRGÃO E TÍTULO
NÃO

VIA
01

REPAISAR EM
18/01/2013

Nilo Trigueiro Dantas

ODON REZENDE CAVALCANTI MOURINHO
PRESIDENTE

13220

www.singaporeair.com

♦ VALORES DE INDEXAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDEXAÇÃO

MOORE (1)	APPROXIMATE FREQUENCY (%)	PERCENTAGE (%)
100	100	100

13) MONTE: relazione tra occupanza, numero di auto, numero di locali, coefficiente di saturazione, costo per consumatore di un'abitazione da vivere e costo per consumatore di un'abitazione da dormire, rapporto tra costo di dormire e costo di vivere.

[illegible][illegible]

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

[illegible]

♦ **STRESSO DA VIGILANZA DOBRO JE ZA ŽIVOTIJE, PLOČI OČI DANGEROZNI**
 SASTAVI OČI DOBRO JE ZA ŽIVOTIJE, AČI SE NE VEDU KLE
 ŽIVOTIJE

[illegible]

◆ **CONVULSÃO** NÃO É A ÚNICA MANIFESTAÇÃO ELETROCLÍNICA DE
EPILEPSIA. A MÉDICA DEBEM TER FUGA POR MUITO ATENDIMENTO
CONTINUANDO EM 2013

© 1999 The McGraw-Hill Companies. All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work is prohibited. For more information, contact The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020-1095.

• 1996 • 100th Anniversary of the
National Aeronautics and Space Administration
100th Anniversary of the National Aeronautics and Space Administration
100th Anniversary of the National Aeronautics and Space Administration

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work is prohibited. For more information, contact The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020-1346.

ATENÇÃO AO PÚBLICO

SAC DAVAT 0000 022 1204

THE NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION HAS BEEN ADVISED THAT THE SUBJECTS, RECENTLY, ARE BEING CONTACTED BY AN INDIVIDUAL WHO OFFERS TO ASSIST THEM IN OBTAINING A PASSPORT TO TRAVEL TO THE UNITED STATES.



SUSEP
DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDENCIA DEL REGISTRO NACIONAL
 ATRIBUYA PRECISAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL REGISTRO AL
 COMITÉ NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD, MULTA AL QUE
 INCUMPLE LAS OBLIGACIONES DE REGISTRO, CERRA NEGOCIO
 Y SE LE ANOTA EN EL REGISTRO DE INDEBIDOS.

IPVA - 1ª COTA -

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICACAO MECANICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA -

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICACAO MECANICA

AUTENTIC

MULTAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002362 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA + DRENAGEM DE CELULITE) PG. 5,10. ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL.

**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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

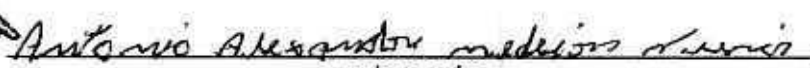
PROCURAÇÃO

Outorgante: Antonio Alexandre Medeiros Nunes, brasileiro(a),
solteiro, agricultor, portador(a) do RG nº.
2.593.145 expedido por SSP/PB em 02/09/2019 e do CPF nº.
044.376.074-83, residente na (o)
Sítio Serrate Verde - SIN - Zona rural
município de Barrão de São Romão - PB, CEP 58.170-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES, ocorrido em
13.10.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí - PB, 19 de outubro de 2019.

outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002281/20

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

CPF: 044.376.074-81

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 15/04/2019

Titular do CPF: ANTONIO ALEXANDRE
MEDEIROS NUNES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES : 044.376.074-81

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: 03/01/2020
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002362 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA + DRENAGEM DE CELULITE) PG. 5,10. ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL.

**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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002362

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002362

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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\$ 1.350,00

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 residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000059884-1

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,



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: 044 376 074-81 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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 ALEXANDRE MEDEIROS NUNES 6 - CPF: 044 376 074-81
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA 9 - Número: 912 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BARRA DE SANTA ROSA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58-170-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 59884 1

(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 (vai 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 (rubrica) 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, Barra de Santa Rosa, 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2019

Aos **11 de novembro de 2019**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **RODRIGO MONTEIRO**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **18:30** horas, compareceu **ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES**, conhecido(a) por **BIRO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **39 anos de idade**, nascido(a) aos **24/03/1980** em **CUITE – PB**, filho(a) de **ANTONIO NUNES FERREIRA** e **MARIA DA CONCEIÇÃO MEDEIROS SILVA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **2.591.145 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **044.376.074-81**, residindo no seguinte endereço **SITIO SERROTE VERDE S/N**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **BARRA DE SANTA ROSA – PB**, telefone: () , celular: **(83) 91507148**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE, no dia 15/04/2019, por volta das 12:00 horas, o noticiante trafegava na sua MOTOCICLETA HONDA/POP 110, COR VERMELHA, PLACA QSE 0006/PB, ANO/MODELO 2018/2018, CHASSI 9C2JB0100JR049751, CÓDIGO RENAVAL 0115893643-2, LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ FÁBIO GOMES DE OLIVEIRA, na BR 104, na entrada do Sítio Jacu, município de Cuité/PB e quando ia sair do asfalto para a estrada de terra, esta estava molhada devido às chuvas dos últimos dias, tendo o noticiante perdido o controle da moto e esta derrapou na estrada e o noticiante no chão; QUE, algumas pessoas que passavam no local, as quais servem de testemunha neste ato, ao verem o noticiante caído no chão o socorreram e o conduziram de carro para o Hospital Regional de Picuí/PB, onde foram feitos os primeiros socorros e diagnosticado que o noticiante sofrera fratura no maxilar direito e, posteriormente, foi submetido a dois procedimentos cirúrgicos no maxilar fraturado; QUE, o noticiante sofreu ainda grande impacto na clavícula direita, apresentando dificuldades para locomovê-lo; QUE, o noticiante passou cerca 16 dias internados naquele hospital, contando sem contar o intervalo das 2 cirurgias, e recebeu atestado de 60 dias, razão pela qual, até a presente data, está impossibilitado de exercer suas funções profissionais em virtude do acidente.. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

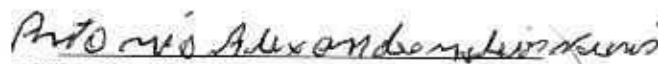
1 – Nome: FRANCISCO VASCONCELOS SILVA, R.G. n.º 2876788 SSP/PB, C.P.F. n.º 047.344.034-22.

Endereço: RUA ANTONIO FELIPE POTIGUA 08 CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA/PB.

2 – Nome: JOSÉ CICERO SANTOS DE LIRA, R.G. n.º 2362296 SSP/PB, C.P.F. n.º 103.147.264-97.

Endereço: RUA PROJETADA S/N CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA/PB.

Nova Floresta/PB, 11 DE novembro.


ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia



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: 044 376 074-81 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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 ALEXANDRE MEDEIROS NUNES 6 - CPF: 044 376 074-81
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA 9 - Número: 912 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BARRA DE SANTA ROSA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58-170-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 59884 1 AGÊNCIA: CONTA:

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 (vai 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 (rubrica) 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, Barra de Santa Rosa, 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)