

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180267912**

Vitima: **MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180267912**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12968568



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180267912**

Vítima: **MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180267912**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180267912

Vítima: MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 953.883.404-53 Nome completo da vítima: MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS</u>	CPF titular da conta <u>953.883.404-53</u>	Profissão <u>AGRICULTORA</u>
Endereço <u>SÍTIO INHAUÁ</u>	Número <u>57N</u>	Complemento
Bairro <u>ÁREA FUNDAL</u>	Cidade <u>CURITIBA DE MAMANGUAPE</u>	Estado <u>PARAÍBA</u>
Email	CEP <u>58289-000</u>	Telefone (DDD) <u>99331-6418 (083)</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 522 D/V 34002-F D/V 34002-F
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GUARADINHA/PB, 01 de JUNHO de 2018

Local e Data

Maria da Penha Palmeira dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

922/013/34002-7

Então observe para preencher o boleto

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	Dúvidas
--------------------------------------	--	---------



Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 2118/2017

Aos (04) QUATRO dias de Dezembro (12) de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SAPÉ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a) **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escreva(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:15mi compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS, Identidade nº 908.320 -SSP/PB, CPF nº 953.883.704-53, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciada, profissão: agricultora, filho(a) de Maria de Lourdes Palmeira e de pai não declarado, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 10/05/1961 (55 anos de idade), do sexo Feminino, residente e domiciliado(a) no Sítio Inhaúá, Zona Rural de Sapé-PB

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO

2) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTICIANTE RELATA QUE NA DATA DE 07/09/2017 QUANDO ESTAVA EM UMA MOTOCICLETA COM SEU MARIDO, QUANDO O ESPOSO DA NOTICIANTE CAIU E A NOTICIANTE TEVE DOIS DEDOS AMPUTADOS E UMA FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA; QUE A NOTICIANTE FICOU HOSPITALIZADA NO HOSPITAL TRAUMINHA DE JOÃO PESSOA, FICANDO CERCA DE UM MÊS E QUINZE DIAS INTERNADA NO REFERIDO HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE RELATA QUE QUANDO OCORREU O ACIDENTE ESTAVA NA MOTOCICLETA HONDA NXR BROS ESDD ANO 2014 E MODELO 2015, DE PLACA NQJ 2361-PB EM NOME DE GERVERSON JOÃO DOS SANTOS.

8) OBSERVAÇÕES:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escreva(o) que digitei.

Maria da Penha Palmeira dos Santos
MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS
Comunicante

CERTIDÃO

Nº. 0149/2018

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº59184 e Prontuário Nº 2017.09.000962 pertencentes a **MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS** que foi atendida dia 07/09/2017 às 21H34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática de 4º e 5º pododáctilo de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico com alta dia 19/10/2017.

E para constar eu, ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Dr. Rossana de Fatima de A. Barbosa
Clínica Médica / UTI
CRM-PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533

PREFEITURA DE PAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214 1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 59184 Atcd: Nao Regui
Data: 07/09/2017
Hora: 21:34:52
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA DA PENHA PALMETRA DOS SANTOS
CNS: 898003926000947 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 993782706
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/05/1961 Id: 56 ano(s)

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.09.000962

Comprovacao de ato declaratorio



End.: SITIO, 00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES PALMEIRA DOS SANTOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 18:30/CUITE MAMNGUAPE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

3^a vinda de acidente moto com ferimentos na perna

Observacao

Talyta Confessor
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 771.333

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

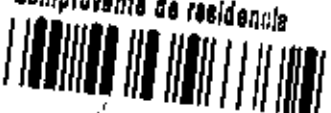
[] Conduta

Prescrição

*Psicologia.
13/09/17*

[] Horário da medicação

*Visita de acompanhamento no momento
falta de sono, paciente apresenta
estado emocional instável. Devo
apoiar a família psicologicamente.*
Valderi Araújo de Andrade
Psicólogo



MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS
SIT INHAUA, S/N - AREA RURAL
CUTE DE MAMANGUAPE/PB CEP: 5828000 (AG 14)
Emissão: 26/03/2018 Referência: Mar / 2018
Cidade/Subdiv: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B250, Km 26 - Cnelo Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 58071-880
Roteiro: 15-259-871-2450 Nº Medidor: 00000187292

Energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.056.183/0001-40 - Ins. Est. 18.915.623-0
Nº de Fatores/Contador Energia Elétrica: N° 304.148.952
Cód. para Dth. Automático: 06072884707

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0195** www.energisa.com.br
Conta referente a: **Mar / 2018** Apresenta-se: **28/03/2018** Data prevista da próxima leitura: **25/04/2018** CPF/CNPJ/RAN: **95368370453**
UC (Unidade Consumidora): **5/1295470-7**
Canal de contato

Furto de energia é a maior roubalheira. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate às mosquitos transmissores da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde.
Governo Federal.

Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Data	Letura	Data	Letura	Consumo	Consumo
23/02/18	9471	28/03/18	9577	106	31
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					
Consumo em kWh					

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 75,76 75,76 20,45 75,76 0,51 2,23
VENCIMENTO: **03/04/2018** TOTAL A PAGAR: **R\$ 75,76**

Historico de consumo (kWh)
Mar/17 132 | Abr/17 111 | Mai/17 128 | Jun/17 108 | Jul/17 123 | Ago/17 148 | Set/17 112 | Out/17 148 | Nov/17 160 | Dez/17 135 | Jan/18 76

b94b.c9bf.150e.655c.8c4a.0be4.c9b3.f427

Indicadores de Qualidade

Indicador	Limite	Valor	Limite	Valor
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00
Índice de Qualidade da ANEEL	0,00	0,00	0,00	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Reajuste do Tarifário	20,01	26,42
Contribuição de Energia	28,75	37,95
Contribuição de Transmissão	9,09	12,00
Contribuição de Distribuição	1,00	1,32
Contribuição de Perdas	1,00	1,32
Contribuição de Outros	1,00	1,32
Total	70,76	100,00

Valor do FUSO (Ref. 17/01/18) R\$ 22,62

ATENÇÃO: Pagar em atraso
PAPARA
Roteiro: 15-259-871-2450 Matrícula: 1205470-2018-08-1
VENCIMENTO: **03/04/2018** TOTAL A PAGAR: **R\$ 75,76**

018-3



18/10/2017 - Visita de rotina.

no momento paf. apresentando
estado emocional satisfatório

Valden Araujo de Andrade

Psicólogo

CRP 130858

Documentação médica - hospitalar



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Atos	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(				
(				

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Genor Severino dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: Mary ap. Pereira P.
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: Paciente admitido ao serviço com Ex - Amputação 4/5 DD, necessitando fotopneumotomias após acidente de moto há 2h.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epístaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

PC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Deepthia, haenótica
413 PDD

Conduta:

Interromento p/ ATB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob SBT
Anestesia e sedação
Sua 12m

Incisão:

Delnolomente

Achados:

Sup. transito
415 P.D. 5)

Conduta:

Realizar a costura
LME com fio 4/0.
Sutura

Fechamento:

AV. 12m f. 12m

OBS:

Data:

07/07/17

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Maria da Penha Palmeira</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>56a</i>	SEXO <i>mul.</i>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02/09/17</i>		DATA DE ALTA <i>19/10/17</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>lesão externa em partes moles do tórax + pto + amputação traumática 4.5.18.5</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>0.00.00</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx + exame físico</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>trat. cirúrgico</i>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		☐ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>Pto realizado a procedimento cirúrgico se em internações + acompanhamento, após isso não realizou mais o tratamento, pois a paciente está em alta hospitalar + acompanhamento em ambulatório.</i>	

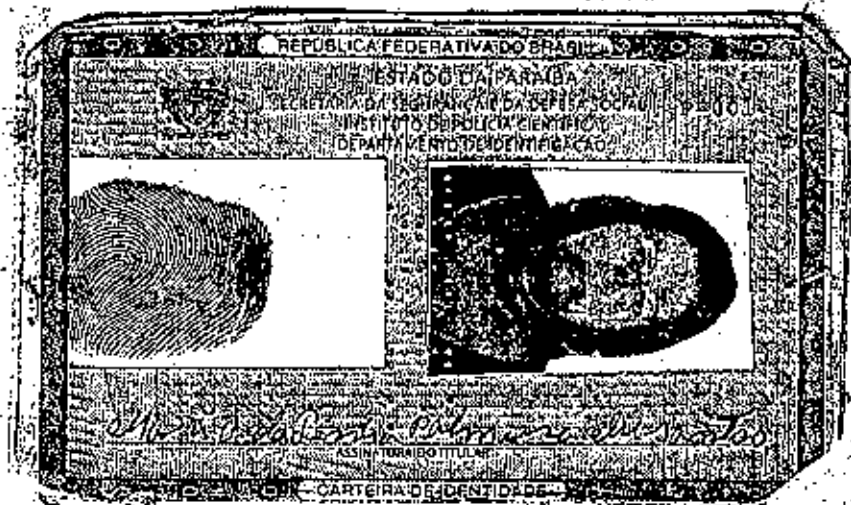
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<i>antibiótico</i>

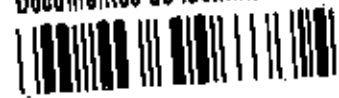
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <i>Dr. J. J. J.</i> em 30 dias para revisão.

<i>19/10/17</i>	DATA
<i>Dr. J. J. J.</i>	ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013027522859
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0103807957-5 R.N.T.A.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
GERVERSON JOAO DOS SANTOS

CPF / CNPJ
09922662469

PLACA
NQJ2361/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2KD0810FR412765

ESP. DE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2014

ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL 2 P/162 /CI

CATEGORIA 2ARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENO. / COTAS

I
P
V
A
FIM DA LPVA. *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

1º
2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

27/01/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

CITE DE MANGUEIRA - PB

29/03/2017

41501



55290

EXPEDICION

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

PB Nº 013027522859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 29/03/2017

VIA 1 09922662469

CPF / CNPJ

PLACA NQJ2361/PB

RENAVAM

0103807957-5

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2014

CALC. 2

Nº CHASSI 9C2KD0810FR412765

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** (R\$)

***** (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$) P A G O

5

PAGAMENTO

DATA DE EMISSÃO 27/01/2017

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.806/0001-04

55290-1147289-20170329

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208565/18
Vítima: MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS Data do Acidente: 07/09/2017
CPF: 953.883.704-53 CPF de: Próprio Titular do CPF: MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS : 953.883.704-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2018
Nome: MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 953.883.704-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retomem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARIA DA PENHA PALMEIRA DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 07.09.2012 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO NE CPF 953.883.704-53

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pela(o) companheira(o), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 953.883.704-53

E-mail - Tel 93 39336718

Data 07/06/2018 Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Matia do Limpeamento de S. Pontes

Atendente Atendente de Atendimento Comercial

Data - Assinatura Assinatura de Responsável pelo Atendimento