

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE PEREIRA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180554557**

Vítima: **FELIPE PEREIRA DA CRUZ**

Data do Acidente: **18/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554557**.

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 13666796



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180554557

Vítima: FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE PEREIRA DA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Felipe Pereira da Cruz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.207.355 EXPEDIDO POR SSPB EM 27-10-2018
 CPF 12345678901-28 / CNPJ 0000000000-00000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1048822

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

Felipe Pereira da Cruz 23 de Novembro de 2018
 LOCAL E DATA

Felipe Pereira da Cruz
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Ficha Cadastro Pessoa Física

Grau de sigilo
#PUBLICO

Em se tratando de mais de um titular, preencher uma ficha para cada um.
Caso necessário, utilize outra ficha pra completar os dados.

Dados da Conta na CAIXA

Cód. agência	Nome da agência	Conta conjunta	Op./Prod.	Nº da conta	DV
1033	CRUZ DAS ARMAS, PB	2 1-Sim 2-Não	013	107882	2

Dados Pessoais

CPF do cliente
121.977.304-28

Nome do cliente (Completo - sem abreviações)

FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Data de nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade
11/01/1997	1 1-Masculino 2-Feminino	1 1-Brasileira 3-Estrangeira 2-Brasileira Naturalizado	UF Município
			PB JOAO PESSOA

Nome do pai

JOSE APOLINARIO DA CRUZ

Nome da mãe

SUZANA PEREIRADE LIMA

Número da identidade	Órgão emissor	UF	Data de emissão	Preencher se Menor de 18 anos
570261240	OCTPS	PB	04/11/2013	1 - Menor emancipado 2 - Menor assistido

Estado civil

1 1 - Solteiro(a)	4 - Casado(a) Separação de Bens	7 - Viúvo(a)
2 - Casado(a) Comunhão de Bens	5 - Divorciado(a)	8 - União Estável/Outros
3 - Casado(a) Comunhão Parcial de Bens	6 - Separado(a) Judicialmente	

Grau de instrução

3 0 - Não Alfabetizado	3 - Médio Incompleto	6 - Superior Completo	9 - Doutorado
1 - Ensino Fundamental Incompleto	4 - Médio Completo	7 - Especialização	
2 - Ensino Fundamental Completo	5 - Superior Incompleto	8 - Mestrado	

Dados do Cônjuge/Companheiro(a)

CPF

Nome

Data de nascimento
/ /

Endereço Residencial

CEP	Rua/Avenida/Alameda/Travessa	Número	Complemento
58059-726	R DA AROEIRA	114	
Bairro	UF	Município	
MANGABEIRA	PB	JOAO PESSOA	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
nº. 484/2018

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 29/10/2018 às 17:23h

Delegado de Polícia Civil: **Paulo de Oliveira Martins**

Local onde ocorreu o Fato: Alhandra/PB

COMUNICANTE: Felipe Pereira da Cruz, brasileiro, solteiro, pedreiro, natural de João Pessoa/PB, nascido aos 11/01/1997, filho de José Apolinário da Cruz e Suzana Pereira de Lima, portador do RG nº 4.287.355 SSP/PB, residente no Sítio Travessia, Zona Rural, Alhandra/PB, Telefone: (83) 9 94147647

OCORRÊNCIA: Que, na noite do dia 18/04/2018, por volta das 20:00 horas, quando estava se deslocando em sua moto Honda CG 125 FAN KS, de placa QFD 9054- PB, Ano de Fab/Mod: 2015, de cor preta, Chassi nº 9C2J4110FR817366, registrada em nome de Rafaela Diunizio Paulino, na qualidade de piloto, quando estava em frente à Escola Estadual Barão de Abiaí, no Centro de Alhandra/PB, quando se desequilibrou devido aos buracos existentes na via, perdendo o controle da moto, vindo ao solo; Que, devido ao acidente automobilístico, o noticiante foi socorrido pelo SAMU, sendo levado para o Hospital de Trauma, em João Pessoa, onde foi internado e submetido à intervenção cirúrgica, conforme laudo médico do mencionado hospital (Boletim de entrada nº 1.076.637 e Prontuário nº 108.303.

Ciente das sanções Cíveis e criminais as quais estará sujeito, caso o quanto aqui declarou não porte estritamente a verdade. Era o que tinha a Registrar.

Alhandra-PB, aos 29 de outubro de 2018.

Notificante: X Felipe Pereira da Cruz

Policial Registrador:

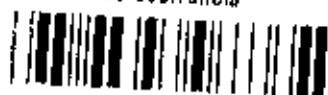
Karla V. F. C. Cavalcanti
Escrivã de Polícia Civil
Matrícula: 168.469-8

RECEBIDO

21 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

Boletim de ocorrência



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Felipe Pereira da Cruz, portador da carteira de identidade nº 4.282.355 e inscrito no CPF/IMP sob o nº 22.977.304-28, residente e domiciliado na Sítio Travessaia s/n. Zona Rural Cidade Alhandra Estado PB, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência de IML



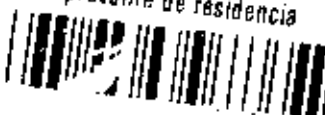
Felipe Pereira da Cruz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Alhandra 23-11-2018

Local e data

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Felipe Pereira de Cruz

RG nº 4.287.355, data de expedição 1/1/, Órgão SS PB

CPF nº 191.977.304/28 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Traubessia</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Alhandra</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58320-000</u>
Telefone de Contato	<u>99214-7647</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PB 12.2018

Assinatura do Declarante: Felipe Pereira de Cruz

SUZANA PEREIRA DE LIMA
SIT TRAVESSIA, S/N - ÁREA RURAL
ALHAMBRA / PB CEP: 5520000 (AO 19)

Emissor: 18/10/2018 Referência: Out/2018
Classificação: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MODERADA C/BZ20, Km.25 - Cabo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-690
Roteiro: 10 - 20 - 362 - 180 1ª medição: 0000118094

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.035.103/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Edicão Nº14 187.764
Cic. por 04h. Automático: 0001201957

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: Out/2018 Apresentação: 18/10/2018 Data prevista da próxima leitura: 18/11/2018 CPF/ CNPJ/ RANI: 012.639.674-80 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1245135-7

Canal de contato
Tabela Social do Energia Edicão - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	1	225	30
18/09/18	15653	18/10/18	15728			
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Base Calc.	Porção
0001	Consumo até 80kWh-BR	80,000	0,270250	21,62	21,62	0,27
0001	Consumo - 81 a 100kWh-BR	70,000	0,477010	33,39	33,39	0,22
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120,000	0,715570	85,86	85,86	0,59
0001	Consumo acima de 220kWh-BR	115,000	0,785030	90,18	90,18	0,61
0001	Adc. E. Verificação			18,87	18,87	0,13
0010	Subtotal			21,62	21,62	0,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	JUROS DE MORA 09/2018			2,01	2,01	0,00
0005	MULTA 09/2018			2,04	2,04	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			4,47	4,47	0,00
0006	Devolução Subtotal			-42,80	-42,80	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 272,66 200,84 81,82 250,84 2,01 0,35

Média Últimos meses (kWh) 221 VENCIMENTO 25/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 272,66

Histórico de Consumo (kWh)
218 | 362 | 373 | 328 | 405 | 430 | 380 | 378 | 395 | 328 | 395 | 316
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO
dd31.0e50.34d5.c608.710d.c89f.10ed.d0ad.

Indicadores de Qualidade 2018-2019			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DRMENSAL	11,50	2,13	Gerador de Dist. de Energia	53,84	19,78
DRMENSAL	23,12		Consumo de Energia	80,23	29,42
DRMENSAL	45,24		Serviço de Transmissão	5,29	1,94
DRMENSAL	7,44		Encargos Sociais	12,77	4,69
DRMENSAL	15,84		Impostos, Outorgas e Encargos	107,25	39,33
DRMENSAL	31,68		Outros Serviços	0,00	0,00
DRMENSAL	6,32		Total	272,66	100,00
DRMENSAL	18,80				

ATENÇÃO
- PRAZO DE VENCIMENTO: Caso a fatura(s) não seja(m) paga(m) até o prazo de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/11/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não entra a consideração de dívida suspensa de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado aos pontos de pagamento (estações de medição) e consumidor para correção. Caso a fatura efetuada o pagamento (até a fatura) de 02/11/2018 não seja pago, o mesmo será considerado em atraso e a fatura será cobrada com juros de 10% ao mês e multa de 10% sobre o valor devido. Sua unidade foi faturada com Bateria Remota, tendo um desconto de R\$42,00. Resol. Tar. Vigência 28/08/18 Res. ANEEL nº 2.459-2018 Tar. Vigência 15,41% Média Resol. Tar. Vigência 28/08/18 Res. ANEEL nº 2.459-2018 Tar. Vigência 18,75% Média

ENERGISA PARÁIBA
Roteiro: 10 - 20 - 362 - 180
Métrica: 1245135-2018-10-0
83680000002-4 72660054000-9 12451352018-7 10600020018-1
VENCIMENTO 25/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 272,66
Faturas em atraso Set/18 249,31



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE PEREIRA DA CURZ
DADOS DE NASCIMENTO 11/01/97
NOME DA MÃE SUZANA PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.076.637
Nº PRONTUARIO 108.303
DATA DO ATENDIMENTO 18/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 22:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLAS DA CABEÇA (FACE) +
FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

CID 10 S 00.9 + S 01.7 + S 02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma crânio-facial, otorragia D, perda de elementos dentários + feimento corto-contuso em mento e orelha E além de provável fratura de mandíbula. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
USG do abdome total - FAST

Documentação médica - hospitalar



TRATAMENTO:

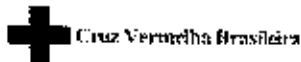
Fratura da mandíbula à TC da face. Sem alteração à TC do crânio e USG. Apresentou desaturação sendo submetido a trqueostomia de urgência. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Evaldo Honfi e Dr. Rodolfo Boulitreau da equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 05/05/18
DATA DA EMISSÃO: 10/08/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - TRAUMATOLOGIA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332166700

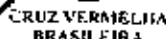
Boletim de Atendimento: 1076637



Identificação do paciente				
ID 1261554	Nome FELIPE PEREIRA DA CRUZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/01/1997	Idade 21 anos 3 meses 7 dias	Estado civil	Resgão	Prontuário
Mãe SUZANA PEREIRA DE LIMA	Pai JOSE APOLINARIO DA CRUZ			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O PAI - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 982162974	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crg		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBOR		
Endereço				
CEP 56320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro TRAVESSIA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 18/04/2018 22:13:33	Número da pulseira 1000005153328		Comênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Debita do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
		ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				CD Tempo 10seg

Imprimir

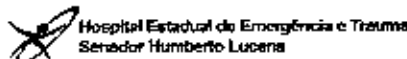
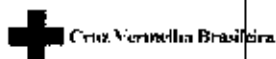
front. zigzag-max
front. mandible
00105 (P.H.)
De
25/06
fex



FLIP PERCUT TO CRUZ

1076637

F(NG).ENF.01B-1



AV. ORESTES LUIZ, s/n - PEDRO GONDIM
CNS: 2582983 - Tel.: 8332165700

Impresso por: NATANAEL
ALMEIDA OLIVEIRA JUNIOR
Em: 22/04/2018 11:33:52

Paciente FELIPE PEREIRA DA CRUZ	Boleim de Atendimento 1076637	Data/Hora Entrada 18/04/2018 22:13:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação	Convênio SUS	Prontuário 108303	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (NATANAEL ALMEIDA OLIVEIRA JUNIOR - 22/04/2018 11:33:24)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL, HEMODINÂMICA ESTÁVEL, SEM DVA, PA=115X64, FC=102 BPM, HIPOIDRATADO, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

TQT, AR AMBIENTE, EUPNEICO, PULMÕES LIMPOS, SAT=97%

CONSCIENTE, ORIENTADO, CGS=15, PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS;

DIURESE PRESERVADA, URINA CONCENTRADA, AUMENTO DE ESCÓRIAS NITROGENADAS;

EM DIETA ORAL ASSISTIDA, INSUFICIENTE, APORTE CALÓRICO REDUZIDO, ABDOME FLÁCIDO, RHA+, AUSÊNCIA DE DISGLICEMIAS

SEM DISTÉRMIAS. EM USO DE CEFTRIAXONE E CLINDAMICINA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TRAUMA DE FACE

2.: MÚLTIPLAS FRATURAS + EDEMA DE FACE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: Suporte neurocrânico

ANTIBIÓTICOS

1.: CEFTRIAXONA DO(18/04/2018)

2.: CLINDAMICINA DO(18/04)

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: TRAQUEOSTOMIA

2.: acesso venoso central

CHECAÇÃO DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÓBITO ELEVADO

ESCALA DE RASS: 0 ALERTA E CALMO

EXAME FÍSICO: MV+ ANT SURA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: TQT ESPONTÂNEA

FR: 18.00

SECREÇÕES: AUSENTES-MÍNIMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 102.00

PA: 115X64

SPO2: 100.00

DRUGAS: SEM DRUGAS

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR 2T, BCNF 3/3

SISTEMA NEUROLÓGICO

AD: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE COMANDOS -5

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

DRUGAS: NÃO

PUPILAS: ISO/OTÓR

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO

EXAME FÍSICO:

N.D.N

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ORAL

EVACUAÇÃO: NÃO HÁ RELATO

ABDOMEN: ABDOME FLÁCIDO, SEM VNG

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

PACIENTE EUTRÓFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: SIM



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNS: 2592983 - Tel.: 6332165700Impresso por: KAESLON BRUNO
LIMA BRASILEIRO
Em: 21/04/2018 20:35:17

Paciente FELIPE PEREIRA DA CRUZ	Boletim de Atendimento 1076637	Data/Hora Entrada 18/04/2018 22:13:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	Prontuário 108303
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

INTERCORRÊNCIAS MEDICAS (KAESLON BRUNO LIMA BRASILEIRO - 21/04/2018 20:35:10)**INTERCORRÊNCIA****DESCRIÇÃO:****EVOLUÇÃO NOTURNA**

PACIENTE GRAVE, EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA E ESTABILIDADE HEMODINÂMICA.
PACIENTE COM EXTENSO TRAUMA DE FACE APRESENTANDO INTENSO EDEMA QUE MELHOROU APÓS USO DE HIDROCORTISONA.
NO MOMENTO PACIENTE CONSEGUIU DEGLUTIR, ACEITANDO BEM A DIETA.
DIURESE PRESERVADA.

CD: PRESCREVO ANALGESIA.

VPM

SÓLICITO ROTINA

Sala: DPG ENF 37 Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: KAESLON BRUNO LIMA BRASILEIRO

Kaelson Bruno Lima Brasileiro
Médico
CRM-PB 100001

Número Conselho: 2401



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. DRES TES LISBOA, S/N -
CNE5: 454553 - Tel.: 6332185700

Impresso por: LUAN MARTINS DE
SOUSA
Em: 21/04/2018 18:07:59

Paciente: FELIPE PEREIRA DA CRUZ	Boletim de Atendimento 1076537	Data/Hora Entrada 18/04/2018 22:13:33	Data/Hora Saida
Data de nascimento 11/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108303	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUAN MARTINS DE SOUSA - 21/04/2018 08:18:48)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL, HEMODINÂMICA ESTÁVEL, SEM DVA, PA=130X70, FC=85 BPM, HIPOIDRATADO, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

TQT, AR AMBIENTE, EUPNEICO, PULMÕES LIMPOS, SAT=97%

CONSCIENTE, ORIENTADO, CGS=15, PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS;

DIURESE PRESERVADA, URINA CONCENTRADA, AUMENTO DE ESCÓRIAS NITROGENADAS;

EM DIETA ORAL ASSISTIDA, INSUFICIENTE, APORTE CALÓRICO REDUZIDO, ABDOME FLÁCIDO, RHA+. AUSÊNCIA DE DISGLICEMIAS

SEM DISTERMIAS. EM USO DE CEFTRIAXONE E CLINDAMICINA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TRAUMA DE FACE

2.: MÚLTIPLAS FRATURAS + EDEMA DE FACE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: Suporte neurocrítico

ANTIBIÓTICOS

1.: CEFTRIAXONA DO(18/04/2018)

2.: CLINDAMICINA DO(18/04)

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: TRAQUEOSTOMO

2.: acesso venoso central

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO

ESCALA DE RASS: NENHUM

EXAME FÍSICO: MV+ ANT SIRA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA+ TQT ESPONTÂNEA

FR: 18.00

SECREÇÕES: AUSENTES-MÍNIMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 97.00

PA: 140X70

SPO2: 98.00

DROGAS: SEM DROGAS

EVOLUÇÃO:

EXAME FÍSICO: RCR 2T BCNF S/S

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE COMANDOS -6

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

DROGAS: NÃO

PUPILAS: ISOFOTORR

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO

EXAME FÍSICO:

N.D.N

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ORAL

EVACUAÇÃO: NÃO HÁ RELATO

ABDÔMEN: ABDOME FLÁCIDO, SEM VMC

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

PACIENTE EUTRÓFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA. SIM



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: LEONARDO
COSTA DE ALMEIDA PAIVA
Em: 20/04/2018 16:59:53

Paciente FELIPE PEREIRA DA CRUZ	Boletim de Atendimento 1076637	Data/Hora Entrada 18/04/2018 22:13:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 108303
Tempo de internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA - 20/04/2018 16:43:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM 3º DIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR EVOLUINDO COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE MANDÍBULA. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES, VÔMITO OU DESMAIOS PÓS-TRAUMA.

NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO EM PRONA, NORMOCORADO, AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 24h, DIURESE ESPONTÂNEA, EM MACA, TRAQUEOSTOMIZADO, DIFICULDADE DE VERBALIZAR (DEVIDO A PRESENÇA DO TRAQUEÓSTOMO).

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÕES EM CICATRIZAÇÃO NA REGIÃO ZIGOMÁTICA (E), REGIÃO INTERNA DE ORELHA (E), REGIÃO GENIANA E CERVICAL (E), LABIAL SUPERIOR INTRAORAL OBSERVA-SE ODONTOSSÍNTESE EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA, MOBILIDADE EM CORPO MANDIBULAR (D).

AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA COMINÚIDA EM CORPO MANDIBULAR (D), PARASSÍNFISE (E), CONDILOS (D) E (E), E COMPLEXO ZIGOMÁTICOMAXILAR (E). AUSÊNCIA DOS DENTES 22 E 23. VELAMENTO EM SEIO MAXILAR (E) E CÉLULAS ETMOIDAIS.

CD: 1- ORIENTAÇÕES

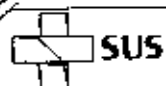
2- AGUARDA REGRESSÃO DO EDEMA E LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA POSTERIOR CONDUTA DA CTBMF

Seção: UPG ENF 37 Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA

Número Conselho: 4550

Dr. Leonardo Paiva
Cirurgia Maxilofacial
CRO-PB 4550



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. RGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CDD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CDD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

mini placa 190 x 7 x 7 - 01 (para auto riscante 2.0 x 7.0 mm 2
para auto riscante 1.5 x 5.0 mm - 04 para auto risc. 2.0 x 13 - 00
para auto riscante 1.8 x 7.0 mm - 01 " " 2.0 x 4 mm - 05
para auto riscante 1.5 x 7.0 mm - 01 mini placa auto 4 F M
para auto riscante 1.5 x 7.0 mm - 01 mini placa auto 6 F requisi
mini placa 1 larg. 2.0 x 10 longa - 01 placa riscante 0.4 x 9 F + 0
para auto riscante 2.0 x 5.0 mm - 03 para auto risc. 0.24 x 2.00

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RELATÓRIO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1 Paciente em DDA SOB Anestesia Geral, Inalação de Óxido Nitroso. 2 Anestesia intravenosa com RPI 10%. 3 Posição dos Campos Cirúrgicos 4 Posição do Tampo do Tórax com 6 pontos. 5 Infiltração com Lidocaína com Vaso para o
Incisão:	6 Incisão para o acesso ao Fratura do 7 Contorno Zênite do Osso da Maxila e Usual 8 Descolamento Mucoparosteal 9 Redução e Fixação das Fraturas Mandibulares com o Sistema 1.5
Achados:	10 com Sistema 1.5 11 Placa 1.5 x 5.0 cm 1 Parafuso 12 Autoresorto romboidal 1.8 x 7.0 mm 1 Parafuso 13 Autoresorto 1.5 x 7.0 mm Sistema 2.0 14 1 Mini Placa 6 Osso da Maxila 1 Parafuso
Conduta:	15 Autoresorto 2.0 x 5.0 mm 2 Parafuso 16 Autoresorto 2.0 x 7.0 mm 17 Sutura intravenosa com Vaso 1.0 com 18 Irrigação copiosa com S.F.O. 8.9% 19 Incisão submandibular estendida com Divulção 20 por Pontos e Descolamento Mucoparosteal 21 Redução e Fixação das Fraturas Mandibulares com o Sistema 2.0 22 6 Parafusos Autoresortes 2.0 x 4 mm 23 5 Parafusos Autoresortes 2.0 x 11 mm 1 Mini Placa 24 Boto A.F. Modia 1 Mini Placa Boto 6 F. Regular 25 Sistema 2.4 1 Placa Reconstrução Dignita
Fechamento:	26 4 x 9 F 5 Parafusos Autoresortes 0.2 x 12 mm 27 Sutura por Pontos 28 Irrigação copiosa
Observação:	29 Rotunda Tampo do Tórax 30 Fim da Cirurgia

Médico/CRM:

João Pessoa, 02/05/19

(FNO) ASCIR.009-1

2025-03-19-7
FNO ASCR.02-1
2025-03-19-7

Sistema 1.5

micros placa IT 90 7 x 7 - A

Paraf. auto rosca 1.5 x 50 mm - 004

Paraf. auto rosca 1.8 x 70 mm - 001

Paraf. auto rosca 1.5 x 70 mm - 001

Paraf. auto rosca 1.5 x 70 mm - 001

Sistema 2.0

micros placa L eq. extra larga - 001

Paraf. auto rosca 2.0 x 50 mm - 003

Paraf. auto rosca 2.0 x 70 mm - 002

Paraf. auto rosca 2.0 x 43 mm - 006

" " 2.0 x 4 mm - 004

" " 2.0 x 4 mm - 005

micros placa nota 4 F. mesclada - 001

micros placa nota 6 F. regular - 001

Sistema 2.4

placa reconstruída (D) 4 x 9 F - A

Paraf. auto rosca 2.4 x 72 mm - 003



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTHIL

Nome: Roberto Pontes da Cruz BE/Prontuário: 1076637
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/05/18
 Clínica/Setor: CTBMT EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução de Fratura Composta do Mandíbula
 Cirurgião: Dr. BILCOO HENRI 1º Assistente: Dr. RODRIGO BOLITRADO
 2º Assistente: Dr. SUILO LOIRO 3º Assistente: Dr. TACIO LYRA
 Instrumentador: Dr. HENRI FARIAS Anestesista: Dr. DONALD ALVAROQUE
 Tipo de Anestesia: geral Horário: Início 09:00 Término 14:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura do Mandíbula	S02.6

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Redução de Fratura Composta do Mandíbula	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 02/05/18


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.977.304-28

Nome
FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Nascimento
11/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
1480.B041.B3E3.B3B5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 11:24:01 de dia 29/04/2013 (hora e data de emissão)

digito verificador: 08

TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

ACORDO DE TRABALHO - PERÍODO DE 12 MESES

203.32837.35-6

5702612

0040

PB

CFD de 01/01/2013



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



FELIPE PEREIRA DA CRUZ

RELACÃO: JOSÉ APOUNARO DA CRUZ

MAIOR: SUZANA PEREIRA DE LIMA

MAIOR: 11/01/1987

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO: C/M 1308 LVA 14 PLS 212 - 1902/1987 - CARTÓRIO

WANA TEIXEIRA - ALVARO - PB

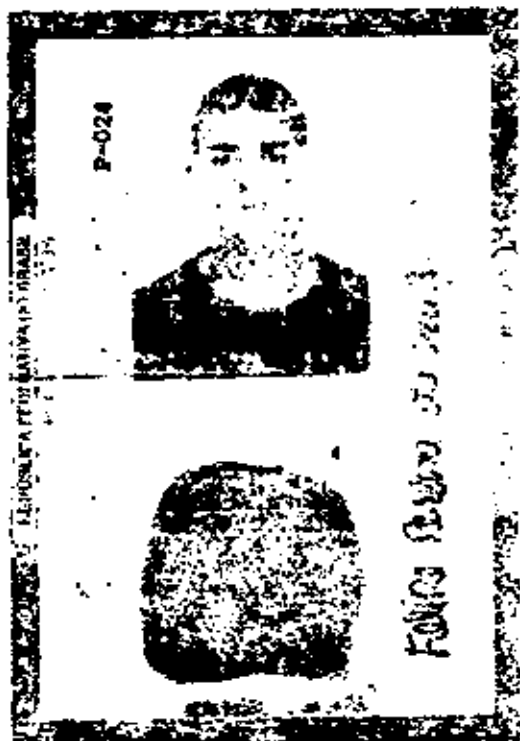
LEI Nº 1495, DE 19 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 121.877.304-26

TIT. ELEITOR: 121.877.304-26

LOCALIDADE DE EMISSÃO: BRTE/PB - 04/11/2013

Assinatura do Trabalhador



NOME: JOSE APOLINARIO DA CRUZ
 NOME: SUZANA PEREIRA DA LIMA
 NOME: JOAO CRUSON-EB
 NOME: NABUN 13908 FLS. 21: 11. ALI
 NOME: CARLOS ALVARO 28
 NOME: 121. 171. 104-28
 NOME: 11/01/1997
 NOME: 07/10/2014
 NOME: 4.287.395
 NOME: FELIPE PEREIRA DA CRUZ
 NOME: 121. 171. 104-28

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426424/18

Vítima: FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Data do acidente: 18/04/2018

CPF: 121.977.304-28

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FELIPE PEREIRA DA CRUZ : 121.977.304-28

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 chancela 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: 26/11/2018
Nome: FELIPE PEREIRA DA CRUZ
CPF: 121.977.304-28

FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Supaco Vaz de BritoDATA DO ACIDENTE 18/04/2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 121.977.304-28

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.dpvatsegurodotransito.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 (frechos 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 pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) 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)
- ☐ 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) Supaco Vaz de BritoQuem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 121.977.304-28

E-mail:

Data: 13-11-2018 Assinatura: Felipe Ribeiro da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC Central 1384/02/103

Atendente: AP Auxiliadora Fátima Telles 84779930

Data: 13-11-2018 Assinatura: AP Auxiliadora Fátima Telles



SI 69242114 0 BR



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient:		TELEFONE / Phone Number:	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 1800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO





SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

Site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

1304C DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
Edipe Pereira do Cruz	83-99141-2613
ENDEREÇO / Address	
Sr. Teodorico Salazar Rivas	
CEP / Zip	UF / State
58320000	BP
CIDADE / City	PAÍS / Country
Algodão	Brasil
REGULAR MATERIALS & BOOKS ONLY. NO DOCUMENTS	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	

DEVOLUÇÃO (Return)	(Cód.)
☐ MALCAUSE (Wrong)	☐ ENDEREÇO INCORRETO (Incorrect Address)
☐ RECIUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O ALIVERO INDICADO (Addressing Number does not exist)
☐ NÃO PROIBIDO (Not Prohibited)	☐ OUTROS (Others)
☐ AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª	
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided by doorman or condo manager)	
☐ Reintegrado ao serviço postal em	
Data Responsável	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426424/18

Vítima: FELIPE PEREIRA DA CRUZ

CPF: 121.977.304-28

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE PEREIRA DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FELIPE PEREIRA DA CRUZ : 121.977.304-28

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 chancela 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: 26/11/2018
Nome: FELIPE PEREIRA DA CRUZ
CPF: 121.977.304-28

FELIPE PEREIRA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva