
Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Nº Sinistro: 3180506777
Vitima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Data do Acidente: 13/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180506777**.

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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Nº Sinistro: 3180506777
Vitima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Data do Acidente: 13/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180506777**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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



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

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180506777

Vítima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISMAR TEMOTEO FERREIRA

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 0221205 (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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Tonny Temoteo Ferreira</i>	CPF titular da conta <i>035.749.524.00</i>	Profissão <i>Recusa</i>
Endereço <i>Rua Proj. Itaú</i>	Número <i>51</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Três Pontas</i>	Cidade <i>Tijucara</i>	Estado <i>PB</i>
E-mail <i>RECUSA</i>	CEP <i>58735-000</i>	Telefone (DDD) <i>83/9995-2737</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 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 (041)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
Nº
1156
(Informar dígito se existir)

 D/V
8

 CONTA
Nº
26309
(Informar dígito se existir)

 D/V
5

BANCO
Nome

 NRO

AGÊNCIA
Nº
 D/V
 CONTA
Nº
 D/V
(Informar dígito se existir) (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 Lider 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.

Tijucara-PB 08 de Setembro de 2016
 Local e Data

Tonny Temoteo Ferreira
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

1º Trimestre

ISMAR TEMOTEU FERREIRA

Agência	Conta	Variação
1156-6	26.309-5	51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
30/09/2018		Saldo Anterior			0000
08/10/2018	08	502-Depósito Em Dinheiro	1156-6	16.710	0000
		SALDO			0000
		VALOR BLOQUEADO			0000
		DISPONÍVEL			0000

RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC

SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Saldo por dia base

Dia base	Saldo
08	0000

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JÁ.

Impresso em 09/10/2018 às 12:15:53

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
 Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
 Ouvidoria BB - 0800 729 5678
 Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088

26 OUT. 2018



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2018 constatei a Ocorrência Policial nº 90/2018 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito nesta cidade de Desterro -PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **JOÁIS MARQUES DE BARROS**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 16h20min compareceu: **ISMAR TEMOTEU FERREIRA**, brasileiro, casado, natural de Desterro/PB, agricultor, nascido aos 24/07/1979, filho de Romão Ferreira de Araújo e de Enedina Temoteu, residente na rua Projetada s/nº - bairro Vila Feliz - Teixeira/PB. **Para informar a seguinte ocorrência:** QUE na data de 13/03/2018 por volta das 08:00 horas, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Titan KS, ano de fabricação e modelo 2003, cor vermelha, placa MMV7934/PB, chassi 9C2JC30103R221904, licenciada em nome de Dimas Ferreira Araújo, trafegando pela rodovia PB 238, sentido Desterro/Teixeira/PB, quando nas proximidades do Sítio Aparecida, foi trancado por um veículo e perdeu o controle da motocicleta, caindo fora da pista; QUE sofreu traumatismo craniano, além de outros ferimentos; QUE foi socorrido pelo samu e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL** referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).

Desterro -PB, 28 de setembro de 2018.

NOTICIANTE: Ismar Temoteu Ferreira

Janduilmara
Janduilmara Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

26 OUT. 2018

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ismael Emilio Ferreira

CPF da Vítima

035.149.524-00

Data do Acidente

13.08.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ismael Emilio Ferreira

CPF do Representante legal

035.149.524-00

Email

kausa

Telefone (DDD)

(83) 99958-2737

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Guara-PB 28 de outubro de 2018

Local e Data

Ismael Emilio Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

02-222 500 m

E.C.G.:

 NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

 AGITAÇÃO SONOLENCIA COMA CONVULSAO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

 ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAIS SEMANAS TRABALHO DE PARTO OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

União de Anhanguera (Cid.)

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÁNULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INSALADAÇÃO DE OXIGÉNIO (02) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GASTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: *Prancha niger*

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PREScriÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1000 ml (60)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Presente desde 13h00m. Enviado a UFRJ. M. 1000 ml (60)

Acabou de chegar

Prancha niger

ENCAMINHAMENTO:

LIBERADO APOS O ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

 DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G. _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: *J. A.* CRM: *3561/03* MAT.:ENFERMEIRO(A): *Alma Lúcia Querolla Rosa* COREN: _____ MAT.:

AUX. TÉCNICO DE ENFERM. CÓRSK-PB 192338 COREN: _____ MAT.:

CONDUTOR: *Jasminar*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 10

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 13/03/13	OCORRÊNCIA Nº 6R ENTRE ROVERE E ESTERRE	PACIENTE / USUÁRIO 15 MAR FERREIRA Nogueira	IDADE —	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dr. Gleison	
APOIO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIRO <input type="checkbox"/> SAMU / VTR <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:			
QTA:	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:			

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.T. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES ESTÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇAS INFECCO-CONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: USA 01 RESPONSÁVEL: *José Santos* FUNÇÃO: *Enfermeiro*

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: USA 01 / HRP RESPONSÁVEL: *José Santos* FUNÇÃO: *Enfermeiro*

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Paciente desorientado, Baixa Saturação, Alcool 2400, corte no M1D

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO >50rpm <50rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

PA: *110 x 60* FC: FR: *65* TEMP: *36,5°C* GLICEMIA: *mg/dl* E. Com a: *SpO2/02* *83%* SpO2c/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ausidado Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Desaturação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disarreflexia Autonômica Dor Aguda Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Mucosa Oral Prejudicada Período Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Venilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náuseas Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Cônstipação Outros:

INTERVENÇÕES:

SF = 1000 ml + Máscara O2 + mobilize

Capo

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, desorientado, Alcool 2400, Baixa Saturação, não respira, corte M1D, medicado e imobilizado conforme descrito acima - transferido para a HRA 01.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SF = 1.000 ml
Máscara O2

E.C.G.:

- NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

- AGITAÇÃO SONOLENCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

- ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO
 OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Acidente Automobilístico

PROCEDIMENTOS:

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INSALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SF = 1.000 ml
Máscara O2

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

- LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO RECUA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: *Dr. Henrique* CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *José Santos* COREN: _____ MAT: _____

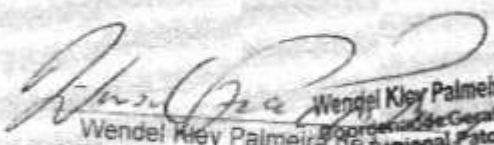
AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: *Rebeca* COREN: _____ MAT: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Nome do paciente que foi Atendido pelo Serviço de atendimento móvel de Urgência que sim encontra. Na ficha de ocorrência. De acordo com o seu documento RG: 2519148 e (ISMAR TIMOTEO FERREIRA)

Patos, 28 de Maio de 2018.

Atenciosamente,


Wendel Kley Palmeira de Lima
Coordenador Geral do Samu
Coordenador Geral do SAMU 192 31546169
Regional PATOS-PB

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



Rua Lima Campos - 431 - São Sebastião - Patos CEP 58.706-310
Telefones: (0xx83) 3415-8192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ismar Temoteo Ferreira

RG nº 2519148, data de expedição 28/01/98, Órgão SSP/PB,

CPF nº 035.149.524-02, 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>Rua Projéctada</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Três Picos</u>
Cidade	<u>Belém</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>68735-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99958-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Belém-PB, 28 de outubro de 2018

26 OUT. 2018

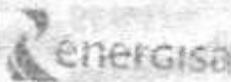
Assinatura do Declarante:

Ismar Temoteo Ferreira

MARIA DO CÉU DA SILVA
204 PROJETADA, Lote 1000 Postes
TEIXEIRA / RS / CEP: 94.700-100

Entrega 10/08/2018 Referência Ag.: 1016

CEP/UF/Endereço: 95000-000/RS/TEIXEIRA/RS/1000/000-000



ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Centro de Distribuição de Paraná - Centro - Paraná - PR - CEP: 81010-000
CPA/CEP/UF: 81000-000-PR - ANEEL: 140550200

Receberá e enviará a fatura de energia
0600 083 0196

Conta referente a **Apresentação** **Data provisória da
próxima leitura** **CPF/CNPJ/INSCRIÇÃO**
Ago / 2018 10/08/2018 10/09/2018 340386561-2

UIC (Unidade Consumidora):

51436784-1

Canal de contato:

Telex Recado Energia S.A. - Telefone: 041 3222-1144
IP 10.92.0.162, At 20:00h on 20/08/2018

Anterior	Atual	Consumo	Outros
Data	Lerura	Data	Lerura
Consumo			
Consumo Líquido			
001 Consumo de Iluminação	80,00 0,34884	7,82 -7,81 28 1,84 7,31 0,28 0,37	
001 Consumo 3 e 100W/100W	82,00 0,45110	12,54 -12,54 28 1,18 1,54 0,14 0,85	
001 Adu. B (imóveis)		2,06 -3,06 25 0,01 1,97 0,09 0,10	
2010 Subsídio		25,32 -35,20 25 0,04 26,31 0,27 1,26	
ENCARGOS E SERVIÇOS			
0001 CONTROLE LÍQUIDO PÚBLICO	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0004 JUROS DE MORO 08/2018	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0004 JUROS DE MORO 07/2018	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0005 MULTA 08/2018	0,47 0,47 1	0,00 0,00 0,00 0,00	
0005 MULTA 07/2018	0,47 0,47 1	0,00 0,00 0,00 0,00	
1000 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
1000 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0008 Deságua Pneu	0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
Outros			
0001 Cálculo de Classificação: TOTAL	57,81 87,43	11,08 41,40 1,31 2,00	

ACO

VENCIMENTO
17/08/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 38,84

47 - 48 - 1 - 44 - 1 - 37 - 1 - 57 - F - 35 - E - 11 - M - 12 - A -

Recebido no dia: 0272.6527.3767.7403.7992.7970.122e.7ca4

26 OUT. 2018

Indicadores de Qualidade

Unidade	Aplicado	Unidade de Teste
DEPARMAIS	1,00	0,00
DE-TRIMETRICO	0,11	
DE-ANAL	2,48	
DE-TESTE	7,42	ACER
DE-TRIMETRICO	0,00	CONF. PATRIM.
DE-ANAL	1,00	LIT. ELETRON.
DE-TESTE	1,00	LIT. ELETRON.
CMC	1,00	0,00
DEU	1,00	0,00

Descrição	Valor	%
serviços de sub. de energia	0,00	0,00
compra de energia	0,00	0,00
despesa de funcionamento	0,00	0,00
despesa salarial	0,00	0,00
despesa de fidelização	0,00	0,00
outro serviço	0,00	0,00
Total	0,00	0,00

ATENÇÃO

Este documento é

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ismar Temoteo Ferreira

RG nº 2519148, data de expedição 28/01/98, Órgão SSP/PB,

CPF nº 035.149.524-02, 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>Rua Projécula</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Três Picos</u>
Cidade	<u>Belém</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>68735-002</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99958-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Belém-PB, 28 de outubro de 2018

26 OUT. 2018

Assinatura do Declarante:

Ismar Temoteo Ferreira

RENNIAN CABRIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE SERRANO, 540 PANDA - CENTRO
TELEFONE: (41) 3220-1000 (41) 3220-1001
Emissor: 2009/2010 - Referência Set/2010
CNPJ: 23.550.100/0001-00
Razão: 12 - 03 - 00 - 2700 Mídia: 0000

energisa

ENERGESA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

James H. West, *Journal of the American Revolution*, 19, 2 (2008), 20.

© 2000 John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Atendimento ao Cliente Showroom 0800 083 0926

Conteúdo	Aprendizado	Data premiação prêmio bolseiro	ITIN. CRED./FAM.
Set / 2018	20/09/2018	20/11/2018	ITIN. CRED./FAM.

UC (Unidade Consumidora): 51713524-2

Case 10-00000

Anterior	Anterior	Posterior	Posterior	Constante	Constante	Diag.
Date	Letters	Date	Letters			
2/26/97	7438	2/26/97	7438			102

THE BOSTONIAN

		TODOS OS CUSTOS DE PRODUÇÃO			FATURAMENTO LIVRE		
991	Despesas Fornecedores	24.000,00	154	121,75	77.441	122,00	120
992	Adm. B. Venda			12,00	71.04	01	12,00
		LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS			FATURAMENTO LIVRE		
993	CONTROLE LÍM. PÚBLICA	16,72	026	6	1.084	000	16,72

CCO: Código de Classificação - TOTAL: 136,73 - 226,04 - 81,00

VENCIMENTO 08/10/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 152,77

RS 150,77

6be7.718c.32cb.e862.2302.b68e.57b1.5d84

©Beamer 3.02ish - 2009-09-20 1/20

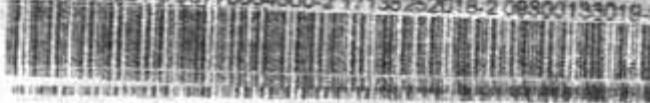
26 OUT. 2018

ATENÇÃO

卷之三

Revised: 2000-06-01 Version 1.00
Revised: 2000-06-01 Version 1.00

VENCIMENTO
06/10/2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Renan Cirio Moreira Oliveira inscrito (a) no CPF/CNIS 067.845.354-30
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tomé Emotio Ferreira inscrito
 (a) no CPF sob o N° 035.149.524-00, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima
Tomé Emotio Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o N° 035.149.524-00, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

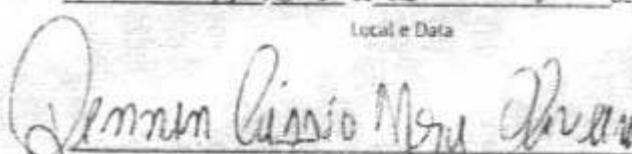
Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	<u>Rua José Gonçalves</u>	Número:	<u>23</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Rento</u>	Cidade:	<u>Tijucas</u>	Estado:	<u>PE</u>
Email	<u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(83) 9 9958-2737</u>

Tijucas, 28 de setembro de 2018
 Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, OTIMAS FERREIRA ARAUJO,
RG nº 4.435.885, data de expedição 30/06/2016,
Órgão 5505 IPB, portador do CPF nº 352.240.964-32, com
domicílio na cidade de TEIXEIRO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NO SITIO PEDRA ATRAVASSADA, nº 311,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ISMAR TEMOTEO FERREIRA, cujo o condutor era
ISMAR TEMOTEO FERREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CB 125 TITAN KS
Ano: 2003
Placa: MNV 7934/AB
Chassi: 9C2JG30303L221904
Data do Acidente: 13/03/2018
Local e Data: Teixeiro-PB, 28 de Setembro de 2018

FIRMA

OTIMAS Ferreira Araujo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



AVASTI ROCHA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Permito, que autentica a verdadeira, atto: Pintar o documento
OTIMAS FERREIRA DE SOUZA, no dia: 28/09/2018
que assinou o documento, na forma de: Teixeiro-PB
Na forma de: Teixeiro-PB
Data: 28/09/2018 Hora: 12:00:21
Nome: Marina Nunes Torras - Secretaria
CPF: 004.090.000-01 RG: 40.745.000-01
SEL-DIGITAL: AF152047985
Verifique a autenticidade no site: selodigital.tjpb.jus.br



DOCUMENTO ORIGINAL

26 OUT. 2018

26 OUT. 2018



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 29199

Prontuario 73634

Ocorrência ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Classif. Risco VERMELHA

Transporte SAMU 192

Origem VIA PUBLICA

Data/Hora 14/3/2018 09:07:09

Servidor do Dr.:

Reg N Erc N

Paciente ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Idade: 38 Gênero HOMEM CIS

Filiação I

ENEDINA TEMOTEO

Filiação II

ROMAO FERREIRA DE ARAUJO

Endereço

Cidade TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706

Endereço RUA=PROJETADA

Bairro FELIZ

Naturalidade DESTERRO - PB

Fone (83)99145-9956

Documentos

CNS 706-3027-5596-6972

Identidade

CPF

Reg. Nasc.

Informações adicionais

Nascimento 24/7/1979

Cor BRANCA

Estado Civil CASADO(A)

Profissão AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE. (História da Moçaia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

17/03/18

PACIENTE VITIMADO NO ACIDENTE NA SEXTA

QUADRO: COM PESSOALIDADE, CRENDO, ACIDENTE

ESTRANGULADA E NA ESQUA. FOI AVALIADO POR 2

NOVOS CRITICOS E FOI CIRURGICA COMPL.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

AO EXAME: GG-A, OVARIO, UTERO, CORPORES
E COM BOM AGRAVIO AO OVARIO. ACINIZONAL
ACONTECEU FOLHA, IMPACTO ST. TROMBOZ. FISTULA.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Hb: - TCG

POLÍTICAS

Dr. Edmundo Nogueira
MEDICO
COMPROVADA CRM-PN 60,
TATIANA

Diagnóstico

CID

DADOS DA SAÍDA

Data: 08 / 04 / 18

Hora: H Min

Motivo: ()Alta Curado ()Alta Melhorado ()Alta a pedido ()Transfência ()Evasão ()Óbito

Médico/CRM

Dr. Denilson Pereira de Alencar

Médico CRM / PB 5164

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Ismael Tenuto

DA CLÍNICA Nova Iguaçu
A CLÍNICA Governador Valadares

ENFERMARIA
LEITO

61
05

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Devolução das, dispneia, dor torácica

20/10/03

DATA

Dr. Alexandre Firmino
Fonoaudiologia Clínica
CRM 5724

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Adaptar futura
Internar.

Será feita
Internar noel/proc

Ap/1

2/10/03/

DATA

Dr. José Vanderlito Alves
CRM-PB 2930

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ESTADO DA PÁRAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
 DEP. JANDUHY CARNEIRO
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
 Medico: DENILSON PEREIRA DE ALENCAR
 Laboratorio: INTERNO
 Enfermaria: SAO JOSE

Nascimento: 24/07/1979 Idade: 38 Sexo: M
 Cod. Pac.: 20498 Protocolo: 45105
 Leito: 6/05 Data: 26/03/2018 Hora: 09:02:45

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
 Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócito	5.320.000 /mm3	Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhoes/mm3	Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhoes/mm3
Hemoglobina	16,1 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito	48,8 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.	92,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.	30,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.	16,0 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais	18.200	Menores de 13 anos 4.000 a 10.000/mm3
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1
Bastonetes	2	0 a 5
Segmentados	69	12558
Eosinófilos	2	364
Basófilos	0	0 a 5
Linfócitos	0	0 a 1
Típicos	22	4004
Atípicos	0	0
Monócitos	5	910
Observação Série Branca:		

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 409.000
 Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Livina Saldanha
 Biomedicina
 CCBM 5112

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Enzimas Cardíacas
- Imunologia
- Micologia
- Teste do Pezinho
- Testes Alérgicos
- Líquidos Corporais
- Hematologia
- Unanálise
- Pesquisas de BAAR
- Bioquímica
- Parasitologia

Paciente: ISMAR T. FERREIRA
Médico Requisitante: DR. ALEXANDRE FIRMINO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 38 ANOS
Data: 20/03/2018
Comanda: ---

TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO / TRANSAMINASE PIRUVICA - TGP

Material: Soro
Método: ENZIMÁTICO AUTOMÁTICO

TGO..... 98 U/L

Valores de Referência: Até 49,0 U/L

TGP..... 107 U/L

Valores de Referência:
Homens : Até 41,0 U/L Mulheres : Até 31,0 U/L


Dr. Welton Chagas - Biólogo Pessoal
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2206 (CRM-PB: 1894)

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel: (83) 9 99131408 e 34215469



Paciente: ISMAR T. FERREIRA
Médico Requisitante: DR. ALEXANDRE FIRMINO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 38 ANOS
Data: 20/03/2015
Comanda: ---

GLICEMIA DE JEJUM / URÉIA / CREATININA

Amostra: Soro
Método: Enzimático/ Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 99 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dl

70,0 a 99,0 mg/dl

URÉIA: 29 mg/dl

Valores de Referência:

1 dia a 12 meses: 2 a 36 mg/dl

1 a 13 anos: 8 a 36 mg/dl

Normal: de 15 a 40 mg/dl

CREATININA: 0,9 mg/dl

Valores de Referência:

Meninas a 1 ano: 0,1 a 0,3 mg/dl

a 13 anos: 0,1 a 0,6 mg/dl

Normal: de 0,4 a 1,3 mg/dl

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.


Dr. Walfredo Oliveira Ferreira
Bióquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SPN: 2305 - CRF-PB, 1954

Ismael temor tormenta // /
lamb eléctric // /

ATEST pl dentro 7m

que o men encontrar o
miembros seguir de transistor transistor
no que este corre aparece
episitos de electro romana
ca de medio menos

ca 500

642

21/09/18

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724



Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Ismael tonico Terreno

Vc omli:

32

MIDAMAR (2)

Terra 3102

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

2010-11-22

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422 2272 / 99838 7422 - PATOS-PB.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

NOME COMPLETO:
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA, PB

CNPJ: 11.229.326/0001-01

ENDEREÇO COMPLEMENTO E TELEFONE

RUA JOÃO PESSOA, SIN

CEP: 58.735-000 CIDADE: TEIXEIRA

UF: PARAÍBA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

R. Q.:

ORG. EMISSOR:

ENDERECO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

/ /

DATA

/ /

DATA

/ /

ASS. DO FARMACÊUTICO

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

Até 10 anos. Medicos dos Sist. - CNPJ 34.785.221/0001-38 - Rua Doctor Pedro Faria, 70 - Centro - Paraíba - 58.735-002 - 03/05/2017

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB
CNPJ: 11.229.326/0001-01
ENDEREÇO COMPLEMENTO E TELEFONE
RUA JOÃO PESSOA, S/N
CEP: 58.720-000 CIDADE: TEIXEIRA
UF: PARÁ/BA

PACIENTE: 15170120000000000000
ENDEREÇO: R. Branca 60
PRESCRIÇÃO: 1000 mg - 750 mg
DATA: 20/11/2017
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

NOME:
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
R. G.:
ORG. EMISSOR:
ENDEREÇO:
CIDADE:
UF:
TELEFONE:
DATA: 20/11/2017
ASS. DO FARMACÊUTICO

PACIENTE: 15170120000000000000
ENDEREÇO: R. Branca 60
PRESCRIÇÃO: 1000 mg - 750 mg
DATA: 20/11/2017
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO



26 OUT. 2018





26 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393008/18

Vítima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

CPF: 035.149.524-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2018

Titular do CPF: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

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

ISMAR TEMOTEO FERREIRA : 035.149.524-00

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: 26/10/2018
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL