

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **AELSON FIRMINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180309294**

Vitima: **AELSON FIRMINO DA SILVA**

Data do Acidente: **26/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309294**.

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 13072184



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: AELSON FIRMINO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180309294
Vitima: AELSON FIRMINO DA SILVA
Data do Acidente: 26/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180309294**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: AELSON FIRMINO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180309294
Vitima: AELSON FIRMINO DA SILVA
Data do Acidente: 26/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180309294**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180309294

Vítima: AELSON FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 26/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AELSON FIRMINO DA SILVA

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

Nome completo da vítima

303.577.764-96

Aelson Firmiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Aelson Firmiano da Silva		CPF titular da conta	303.577.764-96	Profissão	Agricultor
Endereço	Rua Lucia Braga		Número	SN	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Olho D'água	Estado	PB	CEP
Email	marcio bruno edv@gmail.com				Telefone (DDD)	83 3334 1289

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

☐ 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)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

P. Grandel de junho de 2018
Local e Data

Aelson Firmiano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

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

3180309294

CPF da vítima

10357776496

Nome completo da vítima

Aelson Fumero da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Aelson Fumero da Silva		CPF titular da conta 10357776496	Profissão Agricultor
Endereço Cm. Lucio Braga		Número 51N	Complemento
Bairro Centro	Cidade Rio Negro	Estado RO	CEP 58760-000
Email lucio.bruno.adv@gmail.com			Telefone (DDD) 8333341289

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.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGENCIA NRO 0634 (Informar dígito se existir)	D/V 3	CONTA NRO 30458 (Informar dígito se existir)	D/V 1
BANCO Nome Banco do Brasil		NRO 	
AGENCIA 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.

C. Gnomel 30 de julho de 2018

Local e Data

Aelson Fumero da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ
(83) 3452-2450 - delegaciapianco@gmail.com



Atendimento

Data: 28/05/2018

Hora: 14:30

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 423/2018
1ª via notificante; 2ª via arquivo; 3ª via Delegado.

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data do fato: **26/03/2018** hora: **17H40**

Local do fato: **BR 361 - TRIÂNGULO DE OLHO D'ÁGUA-PB**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: **AELSON FIRMINO DA SILVA**, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: OLHO D'ÁGUA-PB, nascido
em 17/05/1989, documento: CTP nº 89334 - SÉRIE 00032-PB, CPF
103.577.764-96, filho de PEDRO FELIX DA SILVA e de MARIA DE
LOURDES FIRMINO DE ALMEIDA, endereço: Rua PROJETADA, S/N, CONJUNTO
LÚCIA BRAGA, OLHO D'ÁGUA-PB, referência: PRÓXIMO AO MERCANTIL SÃO
JOSÉ.

Vítima: **AELSON FIRMINO DA SILVA**, alcunha " ", Nacionalidade:
naturalidade: , idade: **, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: *****, documento:
filiação: e de , endereço: ***** , referência:

HISTORICO DO FATO:

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local acima informados conduzia a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2012, PLACA NQB 9463-PB, CHASSI 9C2JC4110CR510425, licenciada em nome de MARIA DA GUIA FERREIRA DA SILVA, quando foi trancado por um veículo que não sabe identificar, causando a sua queda na pista de rolamento; Que foi socorrido pelo SAMU da Cidade de Piancó-PB, sendo encaminhado ao Hospital Regional de Patos-PB, onde ficou internado e passou por cirurgia na perna direita; Que registra a ocorrência e solicita certidão. Nada mais a consignar.

Aelson Firmينو da Silva

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1



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: Wilson Firmino da Silva CPF da Vítima: 103.577.764-96 Data do Acidente: 26/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 às custas da Seguradora Lider 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.

R. Grange 06 de Junho de 2018
Local e Data

Wilson Firmino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PPREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USB

Data: 26/03/18	ID Ocorrência: 57	<input checked="" type="checkbox"/> USB 01 <input type="checkbox"/> USB 02 <input type="checkbox"/> USB 03	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 18:04 Hs	Hora de Chegada no Local: 18:17 Hs
----------------	-------------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: <u>Robson Luciano da Silva</u>	Idade: <u>27</u>	Sexo: <u>M</u>	Telefone: _____
Local da Ocorrência / Cidade: <u>Trinquele de Olho D'Água</u>	Bairro: _____	Médico Regulador: <u>Flávio</u>	
Quantidade da Vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> AL no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o Atendimento			
Destino (Unidade Hospitalar): <u>HR Piancó</u>		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):	

Natureza da ocorrência

- ☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

CAUSAS EXTERNAS

- ☒ Acidente de Trânsito
☐ Acidente automobilístico
☒ Acidente motociclistico
☐ Atropelamento por:
☐ Colisão carro x moto
☐ Capotamento
☐ Outro: _____

- ☐ F.A.F.
☐ F.A.B.
☐ Agressão Física
☐ Afogamento
☐ Queda - Altura aproximada: _____
☐ soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

☐ Outro: _____

- ☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ AVC
☐ Convulsão
☐ Epilepsia
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto-contagiosa

Quais? _____

ANTECEDENTES

- ☐ Doença Mental
☐ Doença Renal
☐ Droga
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos Anteriores
☐ Problemas Respiratórios
☐ Medicamentos de uso Contínuo

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 140 X 90 FC: 84 FR: _____ TEMP: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: 97 SpO2 C/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem: Lesão aguda

Intervenções: Imunização de rotina 65xv, AVI, M, H, S, e vacina tríplice de m

Evolução do Enfermeiro: diagnóstico + limpeza + curativo + compressas de gelo local +

paciente com trauma maxilar, com fratura, com contusão, com hemorragia

vítima de queda de moto, apresentando corte contuso com M.I.

resposta de fratura, foi realizada limpeza e curativo com compressas

de gelo local + imobilização, o paciente com coloração normal

na região. Foi regulado médico, foi encaminhado 15K + 1 de

exame de fratura (TH) e o paciente foi encaminhado para HR Piancó

paciente consciente, orientado, alérgico, vítima de acidente motociclista

com trauma em M.I. suscitado de fratura, foi feita limpeza e curativo

no local, com fratura M.I. foi feita 15K + 1 de exame de fratura com HR

médico, foi encaminhado 15K + 1 de exame de fratura com HR

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: foi encaminhado 15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

15K + 1 de exame de fratura com HR

Assinatura do Médico Regulador

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☒ Hábito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS

☐ Não ☒ Sim - Local: MID

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro:

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaringea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☒ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonde vesical
☐ Sedação
☒ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☒ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): Administração de medicação

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 equipe maca
1 xileta 20
1 Seringa 3 ml

PERTENCES DA VÍTIMA

☒ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: Thermisson

TEC. ENFERMAGEM: Ediane

ENFERMEIRO (A): Develene

Matricula:

COREN: 609303

COREN: 224902

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: RG / CPF:

ASSINATURA (RUBRICA): Observação:

TESTEMUNHA: TESTEMUNHA:

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/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 Inácio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036781814, 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alison Firmino da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 103.577.764/96 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Alison Firmino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.577.764/96, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Dinameneles BOMBA</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>Lote 02</u>
Bairro <u>Dinameneles</u>	Cidade <u>Campana Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>57400-000</u>
Email <u>Inacio Bruno Sarmiento @ gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

P. Grande, 06 de Junho de 2018
Local e Data

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante

COAPREV PREVIDENCIA S/A
05 JUL 2018
PROTOCOLADO
G. JON

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria da Guia Ferreira da Silva,
RG nº 3.678.332, data de expedição 17/12/2018
Órgão SSD PB, portador do CPF nº 088.209.734-21, com
domicílio na cidade de Olho d'Água, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projatada, nº 3N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Aelson Ferreira da Silva, cujo o condutor era
Aelson Ferreira da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 325 FAN KS 2012
Ano: 2012
Placa: NBB94631PB
Chassi: 9C2JC4330CR510425
Data do Acidente: 26/03/2018
Local e Data: Olho d'Água, 02 de junho de 2018.

Maria da Guia Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Fausto de A. Costa, 67, Centro, Olho d'Água - PE

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DA GUIA FERREIRA DA SILVA

Dou fe. Olho d'Água/PB - 02/06/2018

Escrevente: Severino Procênio Neto

Selo Digital: AGY25513-8QPB

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,24

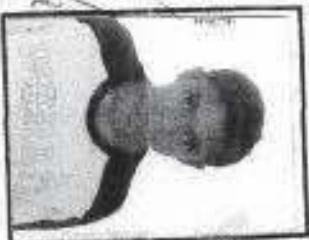


Você também está obrigada a usá-lo, para prevenir ac-
 dentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o
 cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,
 para evitar maiores desastres.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser
 pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acionado, procure fugir o socorro médi-
 co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"
 concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços
 de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vití-
 ma de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve
 respeitá-las.
 Agenda as recomendações dos Membros da CPA e de
 seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da secção onde
 você trabalha.
 Converse e discuta o trabalho predispõem a aci-
 dentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos
 cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não
 fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-
 nas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou
 lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-
 vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-
 lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Você também está obrigada a usá-lo, para prevenir ac-
 dentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o
 cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,
 para evitar maiores desastres.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser
 pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acionado, procure fugir o socorro médi-
 co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"
 concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços
 de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vití-
 ma de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve
 respeitá-las.
 Agenda as recomendações dos Membros da CPA e de
 seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da secção onde
 você trabalha.
 Converse e discuta o trabalho predispõem a aci-
 dentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos
 cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não
 fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-
 nas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou
 lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-
 vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-
 lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Número **P4334** Série **66632143**

ASSINATURA DO PORTADOR



Assinatura do Funcionário

CONTRACT

05.11.2013

00000000

NOTE:

Doc

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥



.....

[illegible]

Est. C.

Doc. #

Est. C

Due

WILSON

Doc. 4

1997年12月15日

100

2



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
103.577.764-96

Nome
AELSON FIRMINO DA SILVA

Nascimento
17/05/1989

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 00

às 09:40:57 de dia 03/04/2018 (hora e data de Brasília)

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



0687.9AEC.E831.2A6C

CÓDIGO DE CONTROLE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Aelson Firmino da Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Agricultor, inscrito
no CPF de nº 103.157.717.64 e no RG de nº _____, residente
e Domiciliado a Rua: Conjunto Lucia Braga Centro, nº _____,
Bairro Centro, na Cidade de Olho d'água,
Estado PB, CEP 58760000.

OUTORGADO: **INACIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Aelson Firmino da Silva, ocorrido em 26.10.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Campina Grande/PB, em 01 de Junho de 2018

Aelson Firmino da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTORIO UNICO DE REGISTRO CIVIL E NOT
Rua Fausto de A. Costa, 67, Centro, Olho d'Água -

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
AELSON FIRMINO DA SILVA

Do(a) f.º Olho d'Água/PB - 01/06/2018

Escritório: Severina Procelório Neto

Selo Digital: AGY25505-1200

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

