

---

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**



---

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.

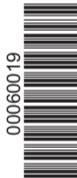
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**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](http://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.  
incorrectas

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](http://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](http://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, 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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 Firmino da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Aelson Firmino da Silva	303.577.764-96	Advogado
Endereço	Número	Complemento
Conf Lucia Braga	SN	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Olho D'água	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
marcio.bruno.adv@gmail.com	58760 000	83 3334 1289

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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        |

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

4482 (Informar dígito se existir)

2475 (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome:	M/R
AGÊNCIA NRO.	D/V	D/V
CONTA NRO.	D/V	D/V
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

P. Grandes de julho de 2018

Local e Data

Aelson Firmino da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Aelson Firmino da Silva  
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

Nelson Firmino da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Nelson Firmino da Silva	CPF titular da conta 10357776496	Profissão Advogado
Endereço Ctg. Lucas Braga	Número 511	Complemento
BAIRRO Centro	Cidade Aba D'Agua	Estado PO
E-mail nocio bruno adv@gmail.com	CEP 58760-000	Telefone (DDD) 8333341289

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  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA  
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00  
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGENCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

30458

DV

(Informar dígito se existir)

BANCO	Nome	NRO.
AGÊNCIA	DV	NRO.
(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.

 C. Gomes, 30 de julho de 2018  
 Local e Data

Nelson Firmino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Atendimento  
Data: 28/05/2018  
Hora: 14:30

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 423/2018  
1<sup>a</sup> via notificante; 2<sup>a</sup> via arquivo; 3<sup>a</sup> via Delegado.

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Data da foto: 26/03/2018 hora: 17H40

Lugar do fato: RR 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  
JOSE.

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

#### HISTÓRICO 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.

~~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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Aelson Firmino da Silva

103.577.764-96

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 atende 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

CO-PREV-PREVIDENCIA-SIA

06/06/2018

PROTOCOLO  
JOÃO V.

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:	ID Ocorrência:	<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
20103119	57				

Solicitante:

Paciente / Usuário:

José Luiz da Silva

Idade:

27

Sexo:

M

Telefone:

—

Local da Ocorrência / Cidade:

Guarabira de Olho D'água

Bairro:

Médico Regulador:

Jônio

Quantidade de Vítima(s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de Três:

Apoio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PM  Resgate PRF  BPTRAN  Outro:

QTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  Outro:

DESTINO DO PACIENTE:  At. no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o Atendimento

HR Piancó

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

Natureza da ocorrência

CLÍNICO  PSIQUIÁTICO  GINECO-OBSTÉTRICO  
 PEDIÁTRICO  TRAUMA

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

CAUSAS EXTERNAS

ANTECEDENTES

AIDS  
 Alcoolismo  
 AVC  
 Cognição  
 Diabetes  
 Doença Cardíaca  
 Doença Infecto-contagiosa

Doença Mental  
 Doença Renal  
 Drogas  
 Hipertensão Arterial  
 Internamentos Anteriores  
 Problemas Respiratórios  
 Medicamentos de uso Contínuo

Acidente de Trânsito  
 Acidente automobilístico  
 Acidente motociclistico  
 Atropelamento por:  
 Colisão carro x moto  
 Capotamento  
 Outro:

Quais?

F.A.F.  
 F.A.B.  
 Agressão Física  
 Afogamento  
 Queda – Altura aproximada:  
 Soterramento / Desabamento  
 Choque Elétrico  
 Outro:

1 - DADOS VITAIS

PA: 140 X 90 FC: 84 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/02: 97% SpO2 C/02: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: Acidente de trânsito

Intervenções: Corrigir lesões ósseas AVI com MDT e volume intravascular de me

Evolução do Enfermeiro: descompressão + limpeza + curativo + compressão + descompressão +

lavagem + hidratação muscular + cinturão + orientação + cinturão +

vítima de queda de moto + lavagem + descompressão + curativo + compressão +

curativo de ferida + immobilização + descompressão + colar cervical +

curativo de ferida + descompressão + curativo de ferida + cinturão + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

curativo de ferida (IM) + cinturão + descompressão + curativo de ferida + cinturão +

## 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 - EXPANSABILIDADE:

Normal  Superficial  Regular  Irregular

## 2.3 - ACHADOS:

Crepitação  Hemoptise  Expectorção  Enfisema subcutâneo  Hallito Etílico

## 3 - CIRCULAÇÃO:

Fria  Úmida  Palidez  Quente  Seca  Normal

## 3.1 - EDEMAS:

Não  Sim - Local: M11

## 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 Orofaríngea  
 Colar cervical  
 Controle de hemorragia  
 Cricotireidostomia  
 Curativo

## DEA

Desobstrução vias aéreas  
 Drenagem torácica  
 Desfibrilação/ Cardioversão  
 Intubação Orotáqueal  
 Inalação de Oxigênio (O2)  
 Imobilização de membros

## KED Adulto

KED Infantil  
 Massagem cardíaca externa  
 Orotáqueal  
 Prancha Longa  
 Punção venosa  
 Sonda gástrica

## Sonde vesical

Sedação  
 Talas / Tração  
 Ventilação mecânica (manual / automática)  
 VMI  
 VMNI  
 Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): Atubação e remoção de medicamentos

## MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 xequip-macar  
1 xelco 20  
1 beringa 3 me

## PERTENCES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Recebedor

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: Thierry

Matrícula:

TEC. ENFERMAGEM: Edilene

COREN:

ENFERMEIRO (A): Edilene

COREN:

609303

2R1902

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 José Evaristo Brum Gammie inscrito (a) no CPF 036 781 814-106,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriana Birmino das Silveira inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 103 577 764-96, do sinistro de DPVAT cobertura incendiária da Vítima  
Adriana Birmino das Silveira 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 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 Dimôniovelo</u>		Número	<u>1020</u>	Complemento	<u>loja 02</u>
Bairro	<u>Dimôniovelo</u>	Cidade	Estado	<u>PR</u>	CEP	<u>51400-000</u>
Email	<u>josuebruno.adu@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

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Guia Ferreira da Silva,  
RG nº 3.678.332, data de expedição 31/12/2010  
Órgão SSD PB, portador do CPF nº 088.209.134-21, com  
domicílio na cidade de Olho D'água, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Projetada, nº 3N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Alesson Fávarino da Silva, cujo o condutor era  
Alesson Fávarino da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 125 VAN VS 2012  
Ano: 2012  
Placa: NQB9463/PB  
Chassi: 9C2F4F30CR5J0425  
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 CÍVIL E NOTAS  
Rua Fausto de A. Costa, 67, Centro, Olho d'Água - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
MARIA DA GUIA FERREIRA DA SILVA.  
Deu fé: Olho d'Água/PB - 02/06/2018  
Escrivente: Severino Procópio Neto  
Selo Digital:AGY25513-BQPB  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,48 FARPEM R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,24 OLHO D'ÁGUA/PB

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS  
TRANSCO THEOTONIO  
URAS E NOTAS  
OLHO D'ÁGUA/PB

Maria Wilamy C. Theotonio  
Socorro Ferreira Ferreira  
Severino Procópio Neto  
Eduardo Gomes  
OLHO D'ÁGUA/PB

COMPRA/PRÉVIA  
PROTÓCOLO  
AG. JORNAL  
35 JUL. 2018





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  
as 09:40:57 do dia 03/04/2018 (hora e data de Brasília)  
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



06279AECCEB31ZABC  
CÓDIGO DE CONTROLE



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Aelson Firmino da Silva brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão Agricultor, inscrito  
no CPF de nº 103.157.176-9196, 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)

REGISTRO ÚNICO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

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

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

Dia 06 - Olho d'Água/PB - 01/06/2018

Escrevente: Severino Proençal Neto

Selo Digital:AGY25505-1200

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

