

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11335364

A/C: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170383311 ASL-0269384/17

Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Data Acidente: 05/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11335970

A/C: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170383311 ASL-0269384/17

Vitima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Data Acidente: 05/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**

Nº Sinistro: **3170383311**  
Vitima: **JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**  
Data do Acidente: **05/06/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170383311**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Carta nº 12236544





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 T190



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, José Ailton de Moura Pires  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4107787 EXPEDIDO POR SSDG EM 26/09/2016  
 CPF 70313444-67 / CNPJ ( ), PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 960 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Ailton de M. P., AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO 104 AGÊNCIA 044 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 00090692-3
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Itapetininga DATA 08/11/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) José Ailton de Moura Pires

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU: José Hilton de Mourais Pessoa  
PORTADOR(A) DO RG Nº 4101187 EXPEDIDO POR SSD.S EM 25/09/2017  
CPF 7103177444-61 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 90692-3

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

16 de Setembro de 09 de 2017  
LOCAL E DATA

José Hilton de Mourais Pessoa  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 221/2016

Aos cinco dias de julho de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Itapororoca/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **RANIELLE VASCONCELOS CABRAL**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevô(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**, conhecido por AILTON, Identidade nº 4.101187-SSP/PB, CPF nº 703.177.444-41, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor(a), filho(a) de Cláudio Gonzalo Pessoa e Ana Cristina Santos de Mourais, natural de Mamanguape /PB, nascido(a) em 18/10/1994, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cordeiro nº , bairro Z. Rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 987860181.

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

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 05 de JUNHO de 2016;

3) HORÁRIO: 20 h:00min;

4) LOCAL: Pb 057 Próximo ao Posto Santo Anjo nº , bairro Z. Rural - Itapororoca/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma em João Pessoa;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM ;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM ;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA BIZ 125, MAIS, ANO E MODELO 2007, PLACA NQH 2732/PB, CHASSI 9C2JA04307R007647, LICENCIADA EM NOME DE EDNELZA DE CÁSSIA SILVA DE ARAÚJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

Não

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Cita o declarante que no dia e hora acima, conduzia o veículo já citado e que ao passar nas proximidade do posto Santo Anjo, uma animal (cachorro) passou em sua frente e que o declarante não teve ação de defesa, vindo a colidir com o animal, sofrendo uma queda; Que após o acidente o declarante foi socorrido para o Hospital de Trauma em João Pessoa, onde foi submetido a tratamento cirúrgico no membro inferior direito; Que segue sob orientações médicas até o dia de hoje, segue laudo do Hospital em anexo

9) OBSERVAÇÕES:

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

*Jose Ailton de Mourais Pessoa*  
**JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**  
Comunicante

*[Assinatura]*





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 221/2016

Aos cinco dias de julho de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Itapororoca/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **RANIELLE VASCONCELOS CARVALHO**, Delegada(a) de Policia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**, conhecido por **AILTON**, Identidade nº 4.101187-SSP/PB, CPF nº 703.177.444-41, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor(a), filho(a) de Cláudio Gonzalo Pessoa e Ana Cristina Santos de Mourais, natural de Mamanguape /PB, nascido(a) em 18/10/1994, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cordeiro nº , bairro Z. Rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 987860181.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 05 de JUNHO de 2016;
- 3) HORÁRIO: 20 h:00min;
- 4) LOCAL: Pb 057 Próximo ao Posto Santo Anjo nº , bairro Z. Rural - Itapororoca/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM ;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM ;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA BIZ 125, MAIS, ANO E MODELO 2007, PLACA NQH 2732/PB, CHASSI 9C2JA04307R007647, LICENCIADA EM NOME DE EDNELZA DE CASSIA SILVA DE ARAUJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

Não

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Cita o declarante que no dia e hora acima, conduzia o veículo já citado e que ao passar nas proximidade do posto Santo anjo, uma animal (cachorro) passou em sua frente e que o declarante não teve ação de defesa, vindo a colidir com o animal, sofrendo uma queda; Que após o acidente o declarante foi socorrido para o Hospital de Trauma em João Pessoa, onde foi submetido a tratamento cirúrgico no membro inferior direito; Que segue sob orientações médicas ate o dia de hoje, segue laudo do Hospital em anexo

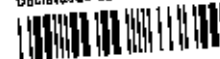
9) OBSERVAÇÕES:

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

*Jose Ailton de Mourais Pessoa*  
**JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA**  
Comunicante

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, José Altamir de Moura Pessoa, portador da carteira de identidade nº 4109387 e inscrito no CPF/MF sob o nº 703.174.444-61, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, Cidade Itapicuru, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

José Altamir de Moura Pessoa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itapicuru 10/05/2017

Local e data

ESPECIMEN LIDER DPVAT 7 & 16-05-2017 16:18:279505 1-1





DOCUMENTO 2 \*T2%\*



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

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o Sr. José Ailton de Mourais Pessoa, residente no Sítio Cordelro, Itapororoca, foi socorrido pelo SAMU-Itapororoca/PB no dia 05/06/2016 às 20h00min, decorrente de uma queda de moto na PB 057. O mesmo foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena João Pessoa - PB.

Itapororoca, 16 de setembro de 2016

Raphaela S. C. de Almeida  
Enfermeira  
COREN-PB 222.479

*Raphaela S. C. de Almeida*  
Raphaela Santos Carneiro de Almeida

Coordenadora SAMU Itapororoca/PB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LÍDER DEPARTAMENTO 4 23/11/2016 15:59 - 06600435663



Comprovação de ato declaratório



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

**DECLARAÇÃO**

*ATC*

Declaro para os devidos fins, que o Sr. José Ailton de Mourais Pessoa, residente no Sítio Cordeiro, Itapororoca, foi socorrido pelo SAMU-Itapororoca/PB no dia 05/08/2016 às 20h00min, decorrente de uma queda de moto na PB 057. O mesmo foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena João Pessoa - PB.

Itapororoca, 16 de setembro de 2016

*Raphaella S. C. de Almeida*  
Enfermeira  
COREN-PB 222.478

*Raphaella S. C. de Almeida*  
Raphaella Santos Carneiro de Almeida

Coordenadora SAMU Itapororoca/PB

RECEBIDA LIDEA 15081 4 1 23/11/2016 15:59 - 0600648663



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ailton de Moura PessoaRG nº 4101187, data de expedição 25/09/2012 órgão SSDSCPF nº 703.177.444-68 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Sítio Candeio</u>   |
| Número                            | <u>S/N</u>             |
| Apto / Complemento                | <u>POB</u>             |
| Bairro                            | <u>Zona Rural</u>      |
| Cidade                            | <u>Itapomocica</u>     |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>         |
| CEP                               | <u>58275-000</u>       |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 99942-6966</u> |
| E-mail                            |                        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapomocica 30/05/2017Assinatura do Declarante: José Ailton de Moura Pessoa

Eu, Carlos Alberto Fernandes de Paiva.

RG nº 1.612.842, data de expedição 07/07/2010  
Órgão SSPB, portador do CPF nº 010.117.974-02, com  
domicílio na cidade de Itaporonópolis, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Condado, Zona Rural, nº 5/N  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jose Hilton de M. Pereira cujo o condutor era

Local e Data: PB 05 + Proximo ao posto Santo Amaro  
data: 05/06/2016

Sebastião Alberto Fernando de Paula  
Assinatura do Declarante

José Altamir de Moura Pinho

**Assinatura do Condutor { caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro }**

|                                                                                                                                                                                         |       |                   |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|-----------------------|
| Nome: <u>303 ARAN MOURA PESSOA</u>                                                                                                                                                      |       | N de BE:          |                       |
| Idade:                                                                                                                                                                                  | Sexo: | Clinica:          | Enf.: Leito:          |
| Data de admissão:                                                                                                                                                                       |       | Alta:             | Tempo de Permanência: |
| Diagnóstico de Internação:                                                                                                                                                              |       |                   |                       |
| Diagnóstico Definitivo: <u>DS de 01/05/15</u> <u>Edman</u> <u>(D)</u>                                                                                                                   |       |                   |                       |
| Diagnóstico Secundário:                                                                                                                                                                 |       |                   |                       |
| Principais exames:                                                                                                                                                                      |       | DOCUMENTO 3 "T34" |                       |
|                                                                                                       |       |                   |                       |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Nilton + Dr. Francisco Ivan / 17/06/18</u>                                                                                                   |       |                   |                       |
| Biópsias:                                                                                                                                                                               |       |                   |                       |
| Anatomia patológica:                                                                                                                                                                    |       |                   |                       |
| Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim( ) não( )                                                                                                                               |       |                   |                       |
| Resultado bacteriologista:                                                                                                                                                              |       |                   |                       |
| Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )                                                                                                 |       |                   |                       |
| Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:                                                                                                                           |       |                   |                       |
| <u>Per. formatos à 110 cm de altura, 15 kg, 10 anos, F.O. 11/06/18.</u><br><u>17/06/18, 10 anos, F.O. 11/06/18.</u>                                                                     |       |                   |                       |
| Orientações Pós Alta                                                                                                                                                                    |       |                   |                       |
| Dieta:                                                                                                                                                                                  |       |                   |                       |
| Repouso:                                                                                                                                                                                |       |                   |                       |
| Retorno em casa por, _____ dias.                                                                                                                                                        |       |                   |                       |
| Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.                                                                                                                                |       |                   |                       |
| Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.                                                                                                   |       |                   |                       |
| Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. |       |                   |                       |
| Medicações para casa: <u>1. 01/05/15 + 10/06/18 + 10/06/18</u>                                                                                                                          |       |                   |                       |
| Retorno:                                                                                                                                                                                |       |                   |                       |
| Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.                                                                                                                                      |       |                   |                       |
| Ao ambulatório <u>Htop</u> em <u>20 dias</u> para revisão.                                                                                                                              |       |                   |                       |
| João Pessoa: <u>15</u> de <u>06</u> de <u>18</u>                                                                                                                                        |       |                   |                       |
| Ass. Médico/CRM                                                                                                                                                                         |       |                   |                       |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DMZ, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.                                  |       |                   |                       |

# **AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**B.E./PRONTUÁRIO**

NOME DO PACIENTE:

ID FONE: ( )  
CELULAR: (93) 998428004  
IDMOK: 23  
DT. ENTRADA:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

Alícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Ferida fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Hematoma ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto penetrado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax: %

**Sistema Neurológico:**

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Míose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias  
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas  
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pulso frio e úmido ☐ Perfunção tissular satisfatória  
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfunção tissular comprometida  
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial  
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda  
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

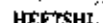
05/06/16 Paciente deu entrada no setor interno de acidente de moto no momento consciente e orientado, encaminhado ao CDE.

DESTINO:

ENFERMEIRO: *Elia*

COREN:

124615



**B.E./PRONTUÁRIO**

| Time   | Location | Activity | Notes |
|--------|----------|----------|-------|
| 14:19  | 279689   | 17       |       |
| 16:19  | 279689   | 17       |       |
| 18:19  | 279689   | 17       |       |
| 20:19  | 279689   | 17       |       |
| 22:19  | 279689   | 17       |       |
| 24:19  | 279689   | 17       |       |
| 26:19  | 279689   | 17       |       |
| 28:19  | 279689   | 17       |       |
| 30:19  | 279689   | 17       |       |
| 32:19  | 279689   | 17       |       |
| 34:19  | 279689   | 17       |       |
| 36:19  | 279689   | 17       |       |
| 38:19  | 279689   | 17       |       |
| 40:19  | 279689   | 17       |       |
| 42:19  | 279689   | 17       |       |
| 44:19  | 279689   | 17       |       |
| 46:19  | 279689   | 17       |       |
| 48:19  | 279689   | 17       |       |
| 50:19  | 279689   | 17       |       |
| 52:19  | 279689   | 17       |       |
| 54:19  | 279689   | 17       |       |
| 56:19  | 279689   | 17       |       |
| 58:19  | 279689   | 17       |       |
| 60:19  | 279689   | 17       |       |
| 62:19  | 279689   | 17       |       |
| 64:19  | 279689   | 17       |       |
| 66:19  | 279689   | 17       |       |
| 68:19  | 279689   | 17       |       |
| 70:19  | 279689   | 17       |       |
| 72:19  | 279689   | 17       |       |
| 74:19  | 279689   | 17       |       |
| 76:19  | 279689   | 17       |       |
| 78:19  | 279689   | 17       |       |
| 80:19  | 279689   | 17       |       |
| 82:19  | 279689   | 17       |       |
| 84:19  | 279689   | 17       |       |
| 86:19  | 279689   | 17       |       |
| 88:19  | 279689   | 17       |       |
| 90:19  | 279689   | 17       |       |
| 92:19  | 279689   | 17       |       |
| 94:19  | 279689   | 17       |       |
| 96:19  | 279689   | 17       |       |
| 98:19  | 279689   | 17       |       |
| 100:19 | 279689   | 17       |       |



Cruz Vermelha  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico

18000487367  
JOSE AILTON DE MOURA  
DT. NASC.: 28/10/1994  
RAB: RMA CRISTINA SANTOS DE MOURA  
END.:  
N. SN -  
CONS: ( )  
CELULAR: (83) 998428966  
IDRDE: 21  
DT. ENTREGA:

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de queda de motocicleta em via pública. Traído pelo 3º MI. Negate.  
Apresenta deformidade em coxa (D).  
Pulsos distais presentes FTT/4.

### EXAME PRIMÁRIO

AS  
EAS ☒ Pélvicas ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ( ) Não

#### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

#### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

HTE ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

##### 2 - RUÍDOS

( ) sim

HTD ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

☒ Não

imp  $\text{SaO}_2$  %

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotoreagente ( ) Paralisadas ☒ Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow: 15

| ABERTURA OCULAR      |   | MELHOR RESPOSTA VERBAL<br>ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA<br>(<4anos)          |   | MELHOR RESPOSTA MOTORA          |   |
|----------------------|---|-------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Espontânea           | 4 | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5 | Obedece aos comandos            | 6 |
| A solicitação verbal | 3 | Confuso / Chora, mas é consolável                                       | 4 | Localiza a dor                  | 5 |
| Ao continuo estímulo | 2 | Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)                         | 3 | Retira o Membro                 | 4 |
| Nenhuma              | 1 | Sons incompreensíveis / Inquieto                                        | 2 | Flexão anormal (decorticação)   | 3 |
|                      |   | Nenhuma / Nenhuma                                                       | 1 | Extensão Anormal (decerebração) | 2 |
|                      |   |                                                                         |   | Nenhuma                         | 1 |
| TOTAL:               |   |                                                                         |   |                                 |   |

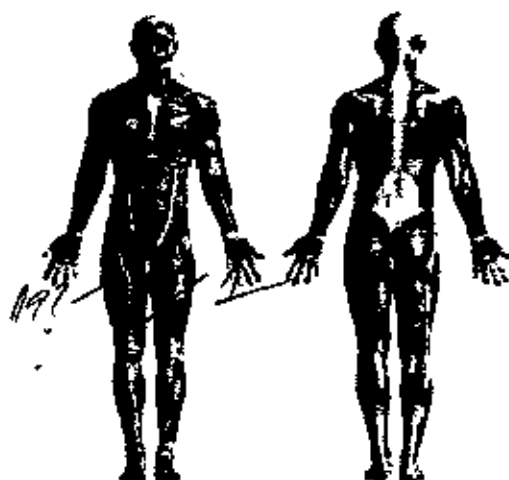


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Injuriamento Nervoso         |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encastrado            |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS |                                  | CÓDIGO |
|--------------------------|----------------------------------|--------|
| 1                        | CR Torax, abd, cava, pernas      |        |
| 2                        |                                  |        |
| 3                        |                                  |        |
| 4                        |                                  |        |
| 5                        | Alta de car. med. Dr. Igor Nunes |        |
| 6                        |                                  |        |
| 7                        |                                  |        |
| 8                        |                                  |        |
| 9                        |                                  |        |
| 10                       |                                  |        |

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da CBTO às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_  
 DA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico  
☐ Transferência (unidade de saúde)  
☐ Internado (setor)  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BE/PRONTUÁRIO

925116

Nome do paciente

Nome do paciente Jose Brian de Barros Pessoa

| DATA       | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/06/2016 |      | <p>Reunião - no bloco cirúrgico e em 80 minutos<br/> relembra o tratamento cirúrgico da flebite<br/> coagulante espontânea do dente inferior esquerdo<br/> na região do seio dentário, o que, sempre em<br/> função do tratamento, é mais uma vez, resumo para<br/> os alunos de planejamento o que surgiu do dente<br/> e, portanto, importante para o tratamento<br/> dentário e de fato no mundo, que não se<br/> trata mais de uma doença, o que se tem observado<br/> é a presença de um que se resolve o problema<br/> logo após a intervenção com o tratamento<br/> por meio de um plano de tratamento e (novos) tratamentos<br/> e o que, se a intervenção não permitir<br/> terminar o procedimento, mesmo assim,<br/> concordo que a avaliação não foi suficiente<br/> no momento.</p> |
|            |      | <p>Dr. Ricardo Barros Cardoso<br/> Ortopedia<br/> CRM-PB 3974</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

SEMINOLE LINDER PARK 7 8 26-JUN-2017 16:19 279592 1



1008004673874 BE.: 925116  
JOSE RILTON DE MOURAS PESSOA  
DT. NASC.: 18/10/1984  
RUA: RUA CRISTINA SANTOS DE MOURAS

BE/PRONTUÁRIO

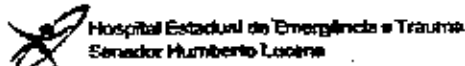
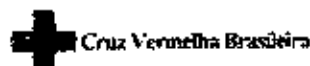
Nome do paciente

POW.: 1  
CELULAR: (83) 97847888  
TOMOE: 21  
DT. ENTRADA:

| DATA  | HORA       | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/06 | 16         | # <u>Urticária</u><br>Paciente vítima de acidente de moto. Com queixa de<br>dor em MIB.<br>Exame: HHS edematizada, fletida e eucariada<br>murchada. Lúmen em folha. ADM preservada<br>MIE sem agulhas ou alfinetes<br>Exame microscópico preservado<br>MM 99, 99m ADM preservados. Presença de edema<br>em epitólio (E). Exame microscópico preservado.<br>Conduta: Solução radiográfica<br><br>Jéssyka Emily<br>Médica<br>CRM 10045/PB |
| 06/06 | 16<br>1250 | # <u>Ortopedia</u><br>Há fratura exposta de fêmur (E)<br>Do tipo do trocânter. Há fratura<br>de 100% de comprimento.<br>E.D. Intermédios<br>Autólise do fêmur<br>Sol a Trocânter de fêmur e colocação<br>de placa de condilografia de fêmur<br>e curativo                                                                                                                                                                               |

SELEÇÃO LINEAR 7 8 16-04-2017 16:19 279693 1/1





ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 925116



RLX

| Identificação do paciente      |                                         |                     |             |             |
|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-------------|-------------|
| ID                             | Nome                                    |                     |             | Sexo        |
| 1045229                        | JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA           |                     |             | Masculino   |
| Data de nascimento             | Idade                                   | Estado civil        | Religião    | Prontuário  |
| 18/10/1994                     | 21 anos 7 meses 18 dias                 |                     |             |             |
| Mãe                            | Pai                                     |                     |             |             |
| ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS |                                         |                     |             |             |
| Especialidade                  | Responsável (Parentesco)                |                     |             |             |
|                                | ANA CLAUDIA DE MOURAIS PESSOA - IRMÃ(M) |                     |             |             |
| DDD Móvel                      | Fone Móvel                              | DDD Fixo            | Fone Fixo   |             |
| 83                             | 999428966                               |                     |             |             |
| Tipo documento                 | Número documento                        | Nº Cns              |             |             |
| RG (IDENTIDADE)                | 4101187                                 | 160532906650007     |             |             |
| Local de procedência           | Tipo                                    |                     | UF          |             |
| ITAPOROROCA                    | MUNICÍPIO                               |                     | PB          |             |
| E-mail                         | Naturalidade                            | CBO/R               |             |             |
|                                | MAMANGUAPE                              |                     |             |             |
| Endereço                       |                                         |                     |             |             |
| CEP                            | Município de residência                 | UF                  | Logradouro  |             |
|                                |                                         |                     |             |             |
| Número                         | Complemento                             | Bairro              |             |             |
| SN                             |                                         |                     |             |             |
| Admissão                       |                                         |                     |             |             |
| Data e Hora                    | Número da pulseira                      | Convênio            |             |             |
| 05/06/2016 22:35:23            | 1000004673674                           | SUS                 |             |             |
| Especialidade                  | Clínica                                 |                     |             |             |
| CIRURGIAO GERAL                |                                         |                     |             |             |
| Classificação de risco         | Origem do paciente                      |                     |             |             |
|                                | RUA                                     |                     |             |             |
| Caráter do atendimento         | Motivo do atendimento                   | Detalhe do acidente |             |             |
|                                | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                 |                     |             |             |
| Indicadores e Transporte       |                                         |                     |             |             |
| Caso policial                  | Plano de saúde                          | Veio de ambulância  | Trauma      |             |
| Não                            | Não                                     | Não                 | Não         |             |
| Meio de transporte             | Quem transportou                        |                     |             |             |
|                                |                                         |                     |             |             |
| Sinais Vitais                  |                                         |                     |             |             |
| PA                             | Pulso                                   |                     | Temperatura |             |
|                                |                                         |                     |             |             |
| Exames complementares          |                                         |                     |             |             |
| Raio X []                      | Sangue []                               | Urina []            | TC []       | Liquor []   |
|                                |                                         |                     |             |             |
| Dados clínicos                 |                                         |                     |             |             |
| diagnóstico                    |                                         |                     |             | CD          |
| Atendimento por                |                                         |                     |             | Tempo       |
| THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA  |                                         |                     |             | 02min 09seg |

Imprimir

SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

06/06

diagnóstico  
13/06  
Des  
AS 02/



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSE AILTON L. MORAES PESSOA BE/Prontuário: 925116  
Idade: 21 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 13/06/2016  
Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: 16 LR: 02  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur proximal do fêmur D  
Cirurgião: Dr. R. L. L. L. 1º Assistente: Dr. R. L. L. L.  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Neto Leite  
Tipo de Anestesia: Tópicos Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                                   | CID |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| <u>Fratura cominuta espinal do fêmur proximal do fêmur D</u> |     |
|                                                              |     |
|                                                              |     |
|                                                              |     |
|                                                              |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                                            | Código |
|---------------------------------------------------------------------|--------|
| <u>Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur proximal do fêmur D</u> |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Ricardo Barros Cardoso  
CRM: 3972

João Pessoa, 13/06/2016

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

# FICHA DE ANESTESIA

HEETSML

DATA: 13/06/2011 PRONTUÁRIO: 925116

PACIENTE: JOSE RILTON DE MOURA (SEX: M) COR: BRANCA IDADE: 50 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL: 80/60 PULSO: 80/min RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO FEMUR PROXIMAL DIREITO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. RICARDO AUXILIARES DR. FRANCISCO

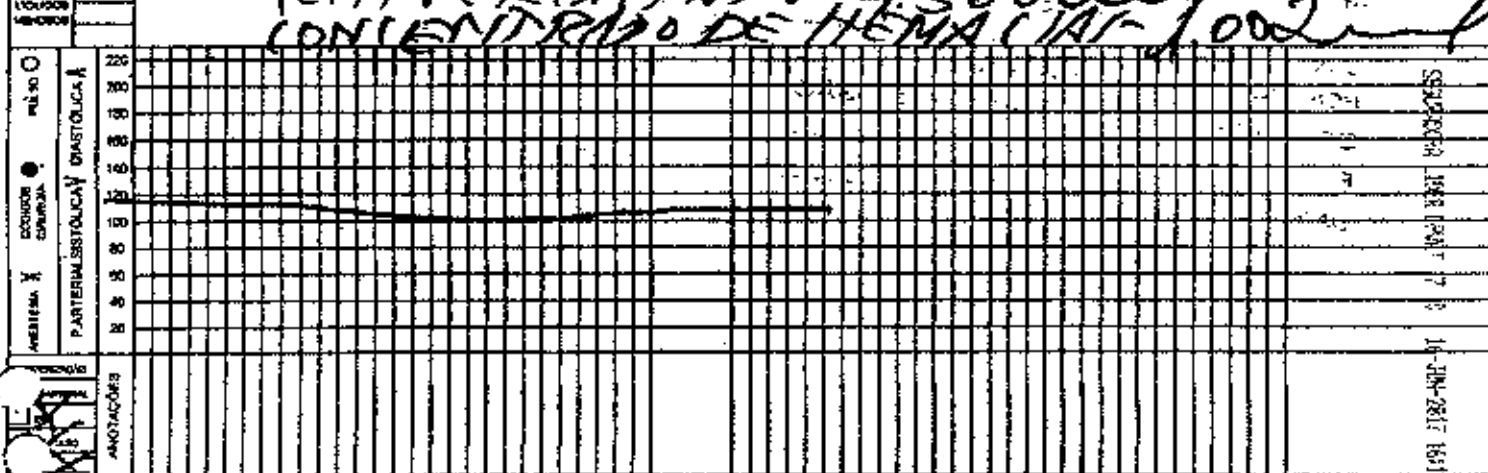
INÍCIO DA ANESTESIA: 07:50 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 03 HORAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS: 2584

ANESTESISTA: NETOLENE + EVERTON (RJ)

ANESTÉSICO: 0,1 N2O

CONCENTRADO DE HEMACIAT 1002ml



ANESTESIA GERAL ☒ INTRATRAQUEAL ☒ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ SEDATIVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA: XO RÁPIDA ANESTESIA

USUÁRIOS: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|                      |    |
|----------------------|----|
| DURADA               | 11 |
| MPCL                 | 12 |
| SANGUE               | 13 |
| PRIMER               | 14 |
| TOTAL                | 15 |
| CONTINÚO DO PRELENTE | 16 |
| APTO                 | 17 |
| ENFERMARIA           | 18 |
| OUTROS               | 19 |
| OUTROS               | 20 |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

Netolene Fernandes de Araújo Médico - CRM 2584





**FRONTUÁRIO:**

|                                                      |  |                                                         |  |                  |                      |                     |  |
|------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|------------------|----------------------|---------------------|--|
| PACIENTE:                                            |  | SEXO:                                                   |  | COR:             |                      | IDADE:              |  |
| PRESSÃO ARTERIAL                                     |  | PULSO                                                   |  | RESPIRAÇÃO       |                      | TEMPERATURA         |  |
| ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO |  | RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO |  | PESO             |                      | GRUPO SANGÜINEO     |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES                                |  |                                                         |  |                  |                      |                     |  |
| AP. RESPIRATÓRIO                                     |  |                                                         |  | AP. CIRCULATÓRIO |                      |                     |  |
| AP. DIGESTIVO                                        |  | ESTADO MENTAL                                           |  |                  | DROGAS EM USO        |                     |  |
| PRÉ-ANESTÉSICO                                       |  |                                                         |  |                  |                      | ESTADO FÍSICO (ASA) |  |
| DOSE/HORA                                            |  |                                                         |  |                  |                      |                     |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                           |  |                                                         |  |                  |                      |                     |  |
| CIRURGIA REALIZADA                                   |  |                                                         |  |                  |                      |                     |  |
| CIRURGIÃO                                            |  | AUXILIARES                                              |  |                  |                      |                     |  |
| INÍCIO DA ANESTESIA                                  |  | TÉRMINO DA ANESTESIA                                    |  |                  | DURAÇÃO DA ANESTESIA |                     |  |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                               |  | QUANT. DE CH.                                           |  |                  | VALORES R\$          |                     |  |
| ANESTESISTA                                          |  | CPF                                                     |  |                  | CRM-PB               |                     |  |

[illegible]

|                                                                                                                                                |                                    |                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL<br><input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL<br><input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL |                                    | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO NERVOSO<br><input type="checkbox"/> OUTROS |  |
| TÉCNICA: <b>HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA</b><br>CNPJ: 07.345.851/0003-87                                                                   |                                    |                                                                              |  |
| LÍQUIDOS                                                                                                                                       |                                    | MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO                            |  |
| QUANTIDADE                                                                                                                                     | COMP.                              | ml GS                                                                        |  |
| HORA INIC.                                                                                                                                     | HORA TERM.                         |                                                                              |  |
| SSVV                                                                                                                                           | SSVV TERMINA PÓS INÍCIO DA INFUSÃO |                                                                              |  |
| PA                                                                                                                                             | P                                  |                                                                              |  |
| DATA                                                                                                                                           | RESP.                              |                                                                              |  |
| DESTINO DO PACIENTE                                                                                                                            |                                    |                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> AMPL<br><input type="checkbox"/> UTI<br><input type="checkbox"/> OUTROS                                               |                                    |                                                                              |  |
| OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                    |                                    |                                                                              |  |

|                                                              |                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA<br>CNPJ: 08.778.268/0032-71 |                    |
| 12                                                           | CH 1395            |
| 13                                                           | 0513048515         |
| 14                                                           | 10X62 - 366        |
| 15                                                           | 10X57 - 366        |
| 16                                                           | 13106116           |
| 17                                                           | RESP. [assinatura] |
| 18                                                           |                    |
| 19                                                           |                    |

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA<br>CNPJ: 07.345.851/0003-87 |  |
| COMP. ml GS                                                  |  |
| HORA INIC. HORA TERM.                                        |  |
| SSVV TERMINA PÓS INÍCIO DA INFUSÃO                           |  |
| PA P                                                         |  |
| DATA RESP.                                                   |  |

STANLEY LINDENBAUM 7 & 16-44-2017 16:19 279699 17

# Nota de Sala Cirúrgica

**Nome do Paciente:** Joseilton de Moura Resaca

**Idade:** 20 anos **Sexo:** M **Profissão:** Frontal

**Cirurgia:** Oclusão de fratura de fêmur proximal direita

**Anestesia:** Bloqueio + Raquianestesia

**Anestesiologista:** Dr. Manoel Lemos

**Instrumentador:** Joazeiro

**Data:** 16/06/2016 **Tempo Cirúrgico:** 7h05 **Anestesia:** Níctico **Cirurgia:** Póio **PM:** 6h50

**Índice de Risco de Cirurgia - ASA (American Society of Anesthesiologists):**  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 Grau de Contaminação: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada ( ) Potencialmente Contaminada

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD.      | MATERIAIS CONT.             | QTD. | FIOS                     | QTD.   |
|------------------------|-----------|-----------------------------|------|--------------------------|--------|
| ALFENTANILA            | 5F 500ml  | JELCO Nº18                  | 02   | FIO CAT.GUT.CROMADO Nº   |        |
| RUPIVACAÍNA ISOBÁRICA  | 500 500ml | JELCO Nº20                  |      | FIO CAT.GUT.CROMADO Nº   |        |
| RUPIVACAÍNA PESADA     |           | JELCO Nº22                  |      | FIO DE AÇO Nº            |        |
| CETAMINA               |           | JELCO Nº24                  |      | FIO DE AÇO Nº            |        |
| DROPERIDOL             |           | KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº |      | FIO DE NYLON Nº          | 01     |
| ETOMIDATO              |           |                             |      | FIO DE NYLON Nº          |        |
| FENOBARBITAL           |           | LÂMINA BISTURI Nº11         |      | FIO DE NYLON Nº          |        |
| FENTANILA              |           | LÂMINA BISTURI Nº13         |      | FIO DE NYLON Nº          |        |
| FLUMAZENIL             |           | LÂMINA BISTURI Nº23         |      | FIO POLILACTATO Nº       | 01     |
| ISOFLURANO             |           | LÂMINA BISTURI Nº24         | 04   | FIO POLILACTATO Nº       |        |
| LEVOPUPVACAÍNA C/VASO  |           | LÂMINA DE DERMATOMO         |      | FIO POLILACTATO Nº       |        |
| LEVOPUPVACAÍNA S/VASO  |           | LÂMINA DE ENXERTO           |      | FIO POLIPROPILENO Nº     |        |
| LIDOCAÍNA C/VASO       |           | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.   | 20   | FIO POLIPROPILENO Nº     |        |
| LIDOCAÍNA S/VASO       |           | LUVA ESTÉRIL Nº7,8          | 04   | FIO POLILECAPRONE Nº     |        |
| MEBIZOLAM              |           | LUVA ESTÉRIL Nº7,5          | 04   | FIO SEDA Nº              |        |
| MORFINA                |           | LUVA ESTÉRIL Nº8,0          | 03   | FITA CARDÍACA            |        |
| NIMBRIUM               |           | LUVA ESTÉRIL Nº8,5          | 03   | MATERIAL ESPECIAL        | QTD.   |
| PANCURÔNIO             |           | MÁSCARA CIRÚRGICA           |      | CATETER DE PIC           |        |
| PETIDINA               |           | MULTIVIAS                   |      | CIMENTO CIRÚRGICO        |        |
| PROPOFOL               |           | PERFURADOR DE SORO          |      | CLIP TITÂNIO LIQUADURA   |        |
| RAVIFENTANILA          |           | SCALP Nº19                  |      | FIO DE KIRSCHNER Nº      |        |
| ROCIURÔNIO             |           | SCALP Nº27                  |      | FIO DE KIRSCHNER Nº      |        |
| SEVOFLURANO            |           | SERINGA 3ML                 |      | FIO STEENMAN Nº          |        |
| SUXAMETÔNIO            |           | SERINGA 5ML                 |      | FIO STEENMAN Nº          |        |
| TIDPENTAL              |           | SERINGA 10ML                | 06   | GRAMPEADOR CIRÚRGICO     |        |
|                        |           | SERINGA 20ML                | 06   | HEMOST. ABSORVÍVEL       |        |
| ADRENALINA             |           | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8     |      | KIT. DERIVA. VENTRICULAR |        |
| ÁGUA DESTRADA          |           | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10    |      | PRÓTESE VASCULAR         |        |
| ATROPINA               |           | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12    |      | KIT. PAM                 |        |
| BEXTRA                 |           | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14    |      | FIXADOR EXTERNO          |        |
| CEFAZOLINA             |           | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16    |      |                          |        |
| DEXAMETASONA           |           | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12      |      | EMPRESA                  |        |
| DIFENIDRAMINA          |           | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14      |      | OC DHS/OC                |        |
| EFEDRINA               |           | SONDA NASOG. CURTA          |      | PARAFUSOS CORTICIS       | 38-01  |
| FLUORSELENIO           |           | SONDA NASOG. LONGA          |      | PARAFUSOS CORTICIS       | 38-02  |
| GLUCOSE 50%            |           | SONDA URETRAL Nº            |      | PARAFUSOS ESPONJOSO      | 38-03  |
| GLUCONATO DE CÁLCIO    |           | TORNEIRINHA                 |      | PARAFUSOS ESPONJOSO      | 38-04  |
| HIIDROCORTISONA        |           | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      | PARAFUSOS MALEOLAR       | 38-05  |
| LIDOCAÍNA GELÉIA       |           | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      | PARAFUSOS MALEOLAR       | 38-06  |
| ONDASENTRONA           |           | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-07  |
| PLASIL                 |           | TUBO SILICONE (LATEX)       |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-08  |
| PROSTIGMINE            |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-09  |
| PROTAMINA              |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-10  |
| TENDONICAN             |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-11  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-12  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-13  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-14  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-15  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-16  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-17  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-18  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-19  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-20  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-21  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-22  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-23  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-24  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-25  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-26  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-27  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-28  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-29  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-30  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-31  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-32  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-33  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-34  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-35  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-36  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-37  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-38  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-39  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-40  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-41  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-42  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-43  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-44  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-45  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-46  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-47  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-48  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-49  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-50  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-51  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-52  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-53  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-54  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-55  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-56  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-57  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-58  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-59  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-60  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-61  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-62  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-63  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-64  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-65  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-66  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-67  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-68  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-69  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-70  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-71  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-72  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-73  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-74  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-75  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-76  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-77  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-78  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-79  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-80  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-81  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-82  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-83  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-84  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-85  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-86  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-87  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-88  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-89  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-90  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-91  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-92  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-93  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-94  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-95  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-96  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-97  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-98  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-99  |
|                        |           |                             |      | PLACA 3.5x12.5           | 38-100 |

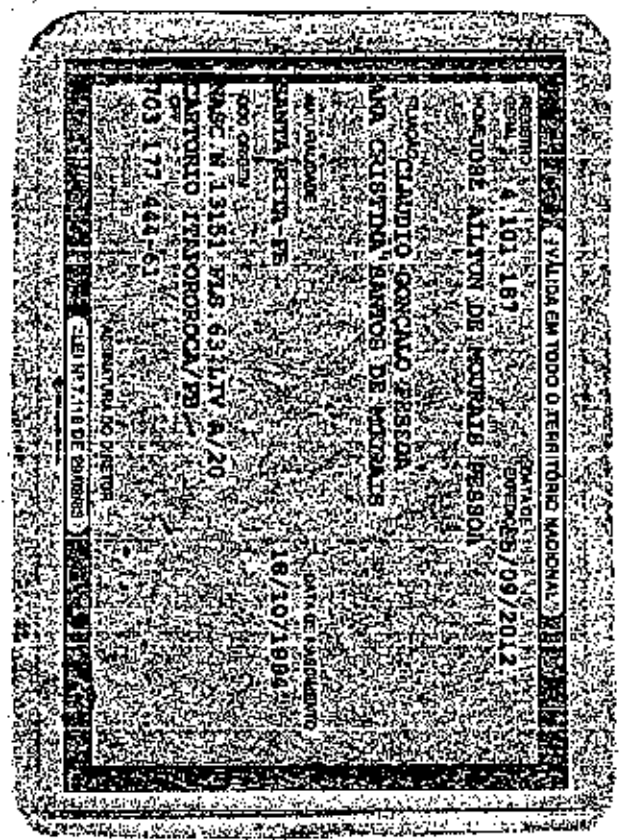
**Equipamentos:**  
 ( ) ASPIRADOR  
 ( ) BISTURI ELÉTRICO  
 ( ) CAPNÓGRAFO  
 ( ) CARDIOMONITOR  
 ( ) DESFIBRILADOR  
 ( ) FOCO AUXILIAR  
 ( ) FOCO CENTRAL  
 ( ) MICROSCÓPIO  
 ( ) OXÍMETRO DE PULSO  
 ( ) P.A. INVASIVA  
 ( ) PERFURADOR ELÉTRICO  
 ( ) SERRA

**Assinatura:** Daniel Menezes  
 29/06/16

SEPARADOR LÍDER SP/MT 7 e 16-JUN-2012 16:19:22/3003 1/1

|                                                                                                                                                                                         |       |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-----------------------|
| Nome: <u>3035 Arnan moratti Pessoa</u>                                                                                                                                                  |       | N de BE: |                       |
| Idade:                                                                                                                                                                                  | Sexo: | Clínica: | Enf.: Leito:          |
| Data de admissão:                                                                                                                                                                       |       | Alta:    | Tempo de Permanência: |
| Diagnóstico de Internação:                                                                                                                                                              |       |          |                       |
| Diagnóstico Definitivo: <u>Ex oitavas fêmea (D)</u>                                                                                                                                     |       |          |                       |
| Diagnóstico Secundário:                                                                                                                                                                 |       |          |                       |
| Principais exames:                                                                                                                                                                      |       |          |                       |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Nelsons + Dr. Francisco Ivan / 16/06/18</u>                                                                                                  |       |          |                       |
| Biópsias:                                                                                                                                                                               |       |          |                       |
| Anatomia patológica:                                                                                                                                                                    |       |          |                       |
| Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )                                                                                                                           |       |          |                       |
| Resultado bacteriológico:                                                                                                                                                               |       |          |                       |
| Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) A Revelia ( )                                                                                           |       |          |                       |
| Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:<br><u>Per formados a 110 cm de altura os de oitavas de fêmea,</u><br><u>servindo 9m, sem anemia, F.O. limpa.</u>          |       |          |                       |
| Orientações Pós Alta                                                                                                                                                                    |       |          |                       |
| Dieta: _____                                                                                                                                                                            |       |          |                       |
| Repouso:                                                                                                                                                                                |       |          |                       |
| Relativo em casa por, _____ dias.                                                                                                                                                       |       |          |                       |
| Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.                                                                                                                                |       |          |                       |
| Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.                                                                                                   |       |          |                       |
| Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. |       |          |                       |
| Medicações para casa: <u>Dextrofen + Paracetamol + Fluorol + Antibiótico</u>                                                                                                            |       |          |                       |
| Retorno:                                                                                                                                                                                |       |          |                       |
| Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.                                                                                                                                      |       |          |                       |
| Ao ambulatório <u>Htop</u> em <u>20</u> dias para revisão.                                                                                                                              |       |          |                       |
| João Pessoa: <u>15</u> de <u>06</u> de <u>18</u>                                                                                                                                        |       |          |                       |
| Ass. Médico/CRM _____                                                                                                                                                                   |       |          |                       |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.                                   |       |          |                       |

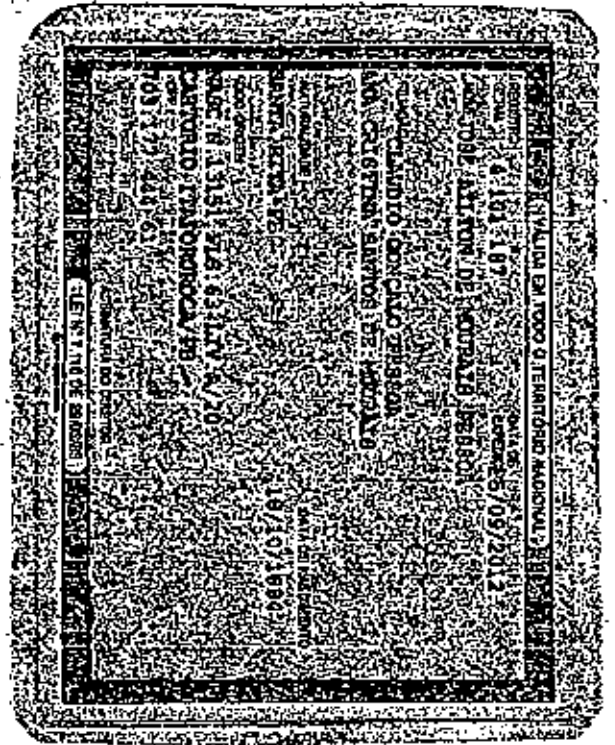




DOCUMENTO 4 \*T496\*



SEI0000097 LIDER DEPT 4 & 23/11/2016 15:59 - 000000485661



SEGURANÇA LIDER URGENT 4 23/11/2016 15:55 - 00000455661

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1188555/16  
Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
CPF: 703.177.444-61

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/06/2016  
Titular do CPF: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA : 703.177.444-61  
Autorização de pagamento

DOCUMENTO 5 \*75%\*



#### 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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 08/12/2016  
Nome: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
CPF/CNPJ: 703.177.444-61

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/12/2016  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - 1105R (PREF. 4 E 23/11/2016 15:53 - 00000945660)

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Altair de Moura Passos  
DATA DO ACIDENTE 05.06.2016 CPF DA VITIMA 303.173.444-61  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4.707.187  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DE VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É pai  
ENDERECO DO PORTADOR Sítio Encanto Japoranga  
Nº COMPLEMENTO BAIRRO Parque Juvem  
CIDADE Itapetininga UF PA CEP 58375-000  
E-MAIL brunocleber@uol.com TELEFONE (83) 983860681

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

ACORDÃO Nº 11.111/2016 AD-07 - 10001456-60  
11/01/2016 15:39 - 10001456-60

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Milton de Moura Passo

DATA DO ACIDENTE 05.06.2016 CPF DA VITIMA 403 377 444-61

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4-307.387

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA José Milton de Moura Passo

ENDEREÇO DO PORTADOR Sílvio Bandeira Jofonoro

Nº COMPLEMENTO 102 BAIRRO Passo Fundo

CIDADE Itapiranga UF RS CEP 95057-000

E-MAIL silvio@itapiranga.rs.gov.br TELEFONE (51) 3333-0601

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00  
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

# DPVAT

## Seguradora Líder

**POSTAL  
SEGURA**

### PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: [www.viversegurodotransito.com.br](http://www.viversegurodotransito.com.br)

|                          |               |                         |                |
|--------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| REMITENTE                |               | TELEFONE / Phone Number |                |
| Eduardo de Moura Filho   |               | 98-86 06 84             |                |
| ENDEREÇO / Address       |               | UF / State              | PAIS / Country |
| Sítio Cardoso Itaporanga |               | PB                      | Brazil         |
| CEP / Zip                | CIDADE / City |                         |                |
| 55275000                 | Itaporanga    |                         |                |



RECYCLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

BRASIL  
Recicla  
Recicla

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269384/17  
Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
CPF: 703.177.444-61

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/06/2016  
Titular do CPF: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

Outros



**JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA : 703.177.444-61**

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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 13/07/2017  
Nome: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
CPF/CNPJ: 703.177.444-61

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/07/2017  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Jullian de Moura Data do acidente 05/06/2016 CPF DA VITIMA 703.777.444-61  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4.501.387  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
A VITIMA E José Jullian de Moura  
ENDEREÇO DO PORTADOR Silvio Condum Japoronora  
Nº 1 COMPLEMENTO 196 BAIRRO Zona Rural  
CIDADE Itaboraí UF RJ CEP 310.585.750  
E-MAIL Bruno@itaborai-rj.gov.br TELEFONE (31) 3898.0681  
HABITANTE DO LOCAL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCÁIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURADORSTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORSTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_ IDENTIDADE \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Jilton de Moura Passos  
 DATA DO ACIDENTE 05.06.2016 CPF DA VÍTIMA 403.174.444-61  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4-204, 184  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É João Jilton de Moura Passos  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Andaraí, Morumbi, São Paulo  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO BAIRRO JARDIM PAU D'ÁRVORE  
 CIDADE SAO PAULO UF SP CEP 05575-000  
 E-MAIL BRUNNIGLEBENS@GMAIL.COM TELEFONE (R2) 987860681  
HOTMAIL.COM

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

-OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

-OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 2.700,00 (R\$ 2.700,00) (R\$ 2.700,00), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-118855/16  
 Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
 CPF: 703.177.444-61  
 CPF do Próximo: \_\_\_\_\_  
 Titular do CPF: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
 Data do Acidente: 05/06/2016

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
 Comprovação de ato declaratório  
 Documentação médico-hospitalar  
 Documentos de identificação  
 Outros: \_\_\_\_\_

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA : 703.177.444-61  
 Autorização de pagamento

### 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](http://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.

## Portador da documentação entregue

Data: 08/12/2016  
 Nome: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
 CPF/CNPJ: 703.177.444-61

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/12/2016  
 Nome: Cristina Lima Alves  
 CPF: 041.380.364-31

Cristina Lima Alves

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose Altan de Moura Pessoa  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4101787 EXPEDIDO POR SSDE EM 26/09/2016  
 CPF 708139444-67 / CNPJ 0000000000-00000000 PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 960 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Altan de M. P. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

**!** Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2600,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO 404 AGÊNCIA 044 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 00090692-3
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Itapetininga DATA 08/11/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Jose Altan de Moura Pessoa

**!** ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 4 E 23/11/2016 15:29 - 000090692-3

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10191683

A/C: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160727248 ASL-118555/16

Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Data Acidente: 05/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/11/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 05/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Declaração de inexistência de IMIL faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Laudo do IMIL - Lesões corporais faltando página

Esclarecemos que o prazo de regularização do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatseguradordotransito.com.br](http://www.dpvatseguradordotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





# DPVAT

Seguradora Líder

**A**  
POSTAL  
SEGURA

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 12 04



facebook.com/dpvatoficial



youtube.com/dpvatoficial



twitter.com/dpvatoficial

BLOG: [www.viversegurodotransito.com.br](http://www.viversegurodotransito.com.br)

|                            |               |                         |                |
|----------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| RUA MAL 11 - 21            |               | TELEFONE / Phone Number |                |
| ENDEREÇO / Address         |               | 98-8606 R.L             |                |
| Rua Ailton de Mourao Filho |               |                         |                |
| CEP / ZIP                  | CIDADE / City | UF / State              | PAIS / Country |
| 58275000                   | Itapirapora   | PB                      | Brazil         |

RECIBIR MATERIAL E PRESERVAR O AEDO AMBIENTE





Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº 11138123

a/c: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro: 3160727248 ASL-1188555/16  
Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA  
Data Acidente: 05/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foram sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro. A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10192211

A/C: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160727248 ASL-1188555/16

Vítima: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Data Acidente: 05/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAIMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

## ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10191583

A/C JOSE ALTON DE MOURAIS PESSOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160727248 ASL-118855/16

JOSE ALTON DE MOURAIS PESSOA

05/06/2016

INVALIDEZ

Data Acidente:

Natureza:

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/11/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 05/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Declaração de inexistência de IML faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Laudo do IML - Lesões corporais faltando página

Esclarecemos que o prazo de regularização do processo aberto encontra-se interrompido e se reiterará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



0044 013 00090692.3 03/20

ANA CLAUDIA M PESSOA

6277 8013 7532 4435



POUPANCA

CAT



elo

8-199-2 13.067-8

ANA C M PESSOA

68/88

NOL. 1000000

5067 2160 1000 4000



Poupanga

Ourocard

