
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE BELO DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE BELO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE BELO DOS SANTOS

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE BELO DOS SANTOS

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, André Belo dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 56.460.120-3 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/2012
 CPF 0.82009384-30 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Desempregado
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA André Belo dos Santos, 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5383-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4454-7

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

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

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.

Zicui-PA 13 de julhode 2016

LOCAL E DATA

x André Belo dos Santos

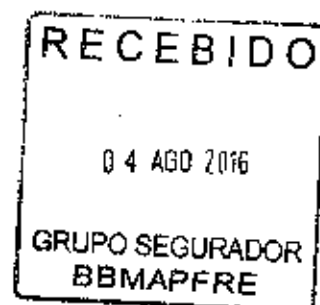
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 15.945/2009) 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, André Belo dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 56.460.120-3

EXPEDIDO POR SSP/SP

EM 19 / 06 / 2012

CPF 0.820.993.841-30 / CNPJ 000000000000000000

PROFISSÃO Perito

E RENDA MENSAL DE R\$ 3000 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA André Belo dos Santos. 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 Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. **4 A GO 2016**
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento);
- Comprovatório 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). Não como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5987-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4454-7

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

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

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.

21 de julho de 2016

LOCAL E DATA

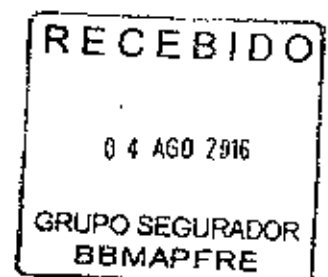
André Belo dos Santos

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223204.



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2016

Aos 29/01/2016, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA - Escrivão de Polícia**, ao final assinado, ai, por volta das **09:30** horas, compareceu **ANDRÉ BELO DOS SANTOS**, conhecido por "**GATO**", nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIDO ESTAVELMENTE**, profissão **DESEMPREGADO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **30** anos de idade, nascido aos **11/08/1985** em **BARRA DE SANTA ROSA/PB**, filho de **ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS E ELIZABETE DE LIMA BELO**, portador de Cédula de Identidade N.º **56.460.112-3**, expedida pela **SSP/SP**, e C.P.F. de N.º **082.999.384-30**, endereço **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**, celular: **(83)99338-7982**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO QUE:**

QUE NO DIA **20/11/2015**, POR VOLTA **17H00** ESTAVA O NOTICIANTE PILOTANDO SUA MOTOCICLETA (HONDA NXR150 BROS ESD, ANO MODELO 2007, PLACA MOG4487/PB, VERMELHA, CHASSI 9C2KD03107R800123, RENAVAN 0093633951-9 LICENCIADA EM NOME DE JANILSON FELIX DA SILVA), TRANSITANDO EM DAMIÃO/PB PELA RUA JOSE PAULINO (PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA SAIDA PARA CACIMBA DE DENTRO/PB) QUANDO O FREIO DA MOTO TRAVOU E O MESMO VEIO A CAIR. QUE NA OCASIÃO MANOEL DE LIMA PEREIRA (TESTEMUNHA 1) PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS LEVANDO O NOTICIANTE PARA O POSTO DE SAUDE DE DAMIÃO. QUE NÃO PODENDO SUPRIR AS NECESSIDADES FOI SOLICITADO A SAMU QUE O TRANSFERISSE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. QUE EM DECORRENCIA DA QUEDA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO. QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE FOI NECESSARIO INTERVENÇÃO CIRURGICA PARA COLOCAÇÃO DE PINOS (5) PARA FIXAÇÃO DO OSSO. QUE ATE HOJE SENTE DORES DEVIDO A QUEDA. **Nada mais havendo o tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo (a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

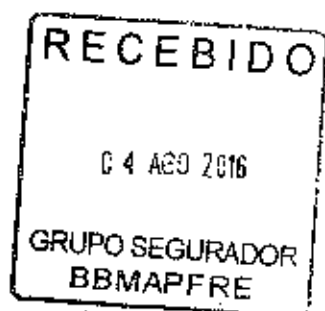
1 - Nome: MANOEL DE LIMA PEREIRA, R.G. n.º 2926451 - SSP/PB, C.P.F. N.º 060.204.844-32

Endereço: **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

2 - Nome: FRANCISCO DE ASSIS SILVA E MELO, R.G. n.º 2.182.5240 2 VIA - SSP/PB, C.P.F. N.º 024.668.694-46

Endereço: **VARZEA DA POSSE, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**A André Belo dos Santos**ANDRÉ BELO DOS SANTOS**

Noticiante


PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA
Responsável pelo registro

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2016

Aos **29/01/2016**, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA - Escrivão de Polícia**, ao final assinado, ai, por volta das **09:30** horas, compareceu **ANDRÉ BELO DOS SANTOS**, conhecido por "**GATO**", nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIDO ESTAVELMENTE**, profissão **DESEMPREGADO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **30** anos de idade, nascido aos **11/08/1985** em **BARRA DE SANTA ROSA/PB**, filho de **ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS E ELIZABETE DE LIMA BELO**, portador de Cédula de Identidade N.º **56.460.112-3**, expedida pela **SSP/SP**, e C.P.F. de N.º **082.999.384-30**, endereço **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**, celular: **(83)99338-7982**. **CIENTE DAS SANÇÕES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO QUE:**

QUE NO DIA **20/11/2015**, POR VOLTA **17H00** ESTAVA O NOTICIANTE PILOTANDO SUA MOTOCICLETA (HONDA NXR150 BROS ESD, ANO "MODELO 2007, PLACA MOG4487/PB, VERMELHA, CHASSI 9C2KD03107R800123, RENAVAN 0093633951-9 LICENCIADA EM NOME DE JANILSON FELIX DA SILVA), TRANSITANDO EM DAMIÃO/PB PELA RUA JOSE PAULINO (PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA SAIDA PARA CACIMBA DE DENTRO/PB) QUANDO O FREIO DA MOTO TRAVOU E O MESMO VEIO A CAIR, QUE NA OCASIÃO MANOEL DE LIMA PEREIRA (TESTEMUNHA 1) PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS LEVANDO O NOTICIANTE PARA O POSTO DE SAUDE DE DAMIÃO. QUE NÃO PODENDO SUPRIR AS NECESSIDADES FOI SOLICITADO A SAMU QUE O TRANSFERISSE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. QUE EM DECORRÊNCIA DA QUEDA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE FOI NECESSARIO INTERVENÇÃO CIRURGICA PARA COLOCAÇÃO DE PINOS (5) PARA FIXAÇÃO DO OSSO. QUE ATE HOJE SENTE DORES DEVIDO A QUEDA. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo (a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 - Nome: MANOEL DE LIMA PEREIRA, R.G. n.º 2926451 - SSP/PB, C.P.F. N.º 060.204.844-32

Endereço: **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

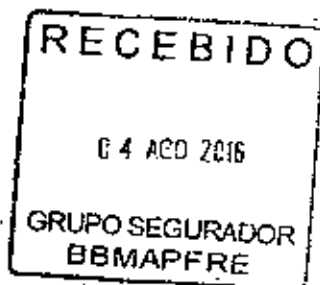
2 - Nome: FRANCISCO DE ASSIS SILVA E MELO, R.G. n.º 2.182.5240 2 VIA - SSP/PB, C.P.F. N.º 024.668.694-46

Endereço: **VARZEA DA POSSE, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

André Belo dos Santos

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

Noticiante



Pericles dos Santos Filgueira
PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA
Responsável pelo registro

Boletim de ocorrência





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Andre Belo dos Santos, portador da carteira de
 identidade nº 56.460.112-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 082.999.384-30,
 residente e domiciliado na Sítio Camarinha
 Cidade Curité, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ 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.

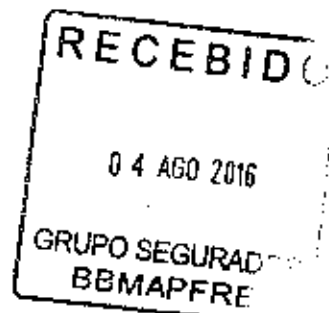
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
 conteúdo.

Andre Belo dos Santos

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Picuí-PB, 13 de julho de 2016

Local e data



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

082.999.384-30

Nome completo da vítima:

Andre Belo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Andre Belo dos Santos

082.999.384-30

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Retiro, s

Número:

317

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Cuite

Estado:

PB

CEP:

E-mail:

(83) 9.9621.2461

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no CNJ)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (ver nascer)?

☐ Sim☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Andre Belo dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

082.999.384-30

Nome completo da vítima:

Andre Belo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Andre Belo dos Santos

082.999.384-30

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Retiro, s

Número:

317

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Cuite

Estado:

PB

CEP:

E-mail:

(83) 9.9621.2461

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no CNJ)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Andre Belo dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

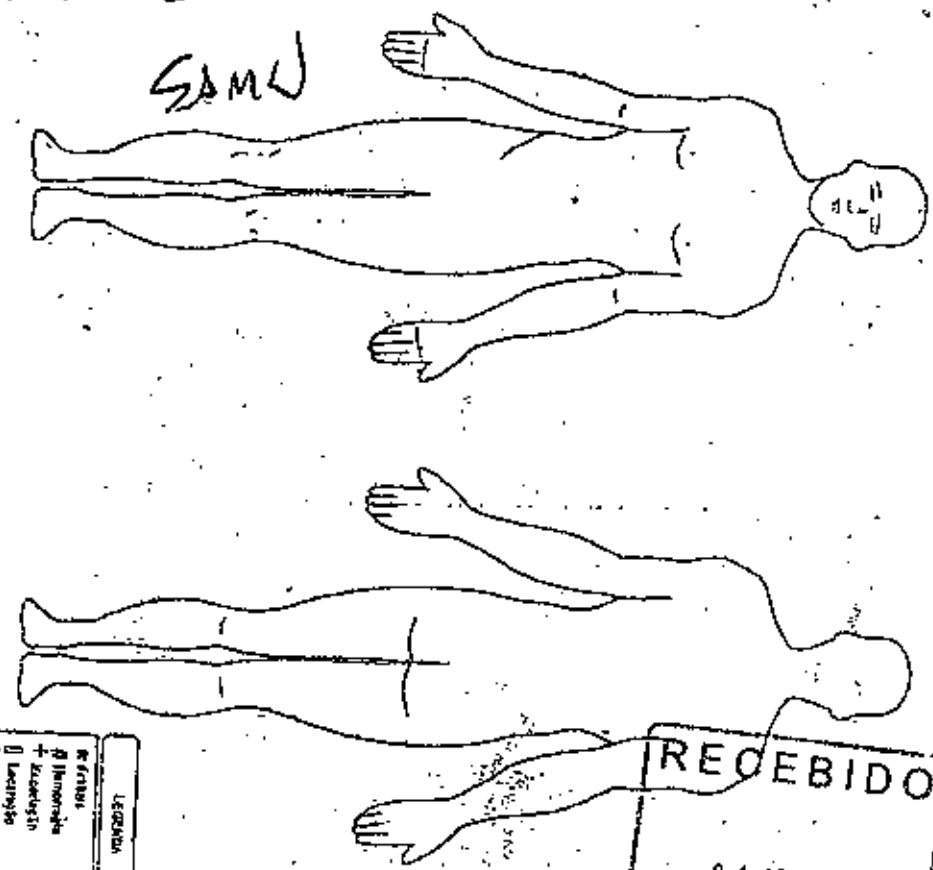
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATO DECLARATORIO
SAMU



RECEBIDO

04 AGO 2016

RUPO-SEGURADOR
BBMAPFRE

ESCALA DE COMA GLASGOW			
ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA	
Abre os olhos espontaneamente	Abre os olhos espontaneamente	4	5
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	
Com Estímulos Oculares	Com Estímulos Oculares	2	
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1	
Orientado	Resposta	4	5
Orientado	Orientado	3	
Resposta Inapropriada	Resposta Inapropriada	2	
Resposta a Dor	Resposta a Dor	1	
Comandos	Comandos	6	6
Comandos	Comandos	5	
Comandos	Comandos	4	
Comandos	Comandos	3	
Comandos	Comandos	2	3
Comandos	Comandos	1	
Comandos	Comandos	0	
Comandos	Comandos	0	

ESCORE DO TRATAMENTO			
ESCALA GLASGOW	PRESSÃO SISTÓLICA (mm/Hg)	RESPIRAÇÃO	PERÍODO
10-14	10-14	1	1
15-19	15-19	2	2
20-24	20-24	3	3
25-29	25-29	4	4
30-34	30-34	5	5
35-39	35-39	6	6
40-44	40-44	7	7
45-49	45-49	8	8
50-54	50-54	9	9
55-59	55-59	10	10
60-64	60-64	11	11
65-69	65-69	12	12
70-74	70-74	13	13
75-79	75-79	14	14
80-84	80-84	15	15
85-89	85-89	16	16
90-94	90-94	17	17
95-99	95-99	18	18
100-104	100-104	19	19
105-109	105-109	20	20
110-114	110-114	21	21
115-119	115-119	22	22
120-124	120-124	23	23
125-129	125-129	24	24
130-134	130-134	25	25
135-139	135-139	26	26
140-144	140-144	27	27
145-149	145-149	28	28
150-154	150-154	29	29
155-159	155-159	30	30
160-164	160-164	31	31
165-169	165-169	32	32
170-174	170-174	33	33
175-179	175-179	34	34
180-184	180-184	35	35
185-189	185-189	36	36
190-194	190-194	37	37
195-199	195-199	38	38
200-204	200-204	39	39
205-209	205-209	40	40
210-214	210-214	41	41
215-219	215-219	42	42
220-224	220-224	43	43
225-229	225-229	44	44
230-234	230-234	45	45
235-239	235-239	46	46
240-244	240-244	47	47
245-249	245-249	48	48
250-254	250-254	49	49
255-259	255-259	50	50
260-264	260-264	51	51
265-269	265-269	52	52
270-274	270-274	53	53
275-279	275-279	54	54
280-284	280-284	55	55
285-289	285-289	56	56
290-294	290-294	57	57
295-299	295-299	58	58
300-304	300-304	59	59
305-309	305-309	60	60
310-314	310-314	61	61
315-319	315-319	62	62
320-324	320-324	63	63
325-329	325-329	64	64
330-334	330-334	65	65
335-339	335-339	66	66
340-344	340-344	67	67
345-349	345-349	68	68
350-354	350-354	69	69
355-359	355-359	70	70

DOCUMENTO 2 '12%'

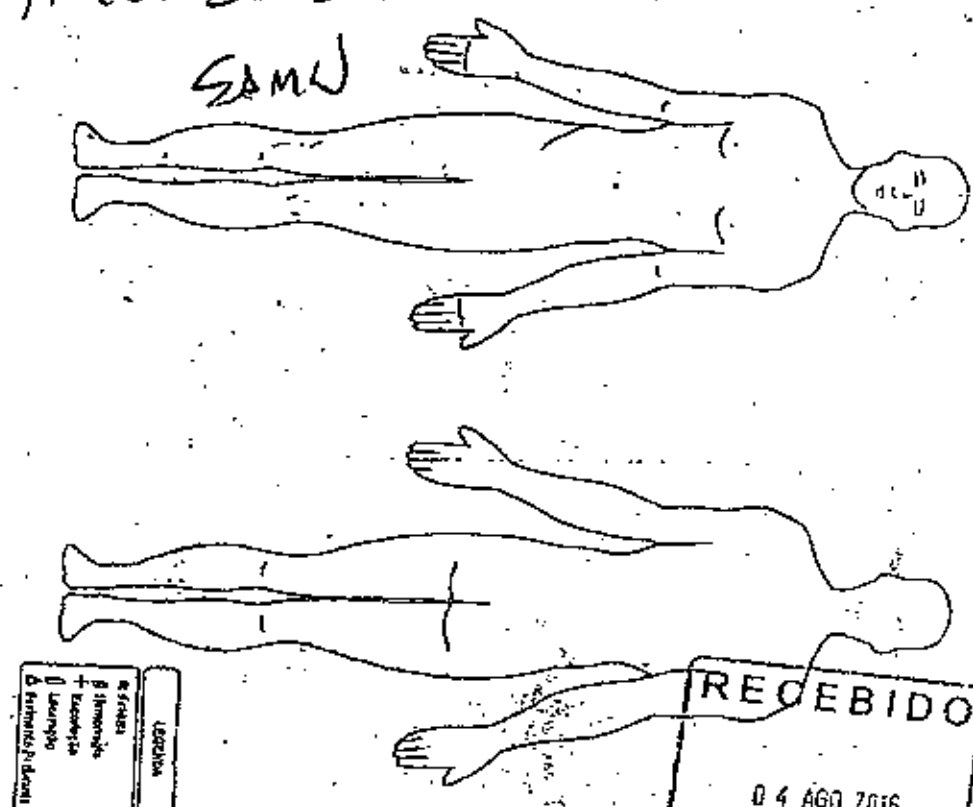


IDENTE		APORO SOLICITADO		TRANSPORTE UTILIZADO		AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Módulo Regulador)		PACIENTE (Téc. em Regulador)		SÓCORSO (Téc. em Regulador)		CHAMADA (Tele. Rádio)	
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV
☐ Ressonância	☐ Cateterismo	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/RAV	☐ CPT/RAV	☐ SIT/		

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



ATO DECLARATÓRIO
SAMU



RECEBIDO
04 AGO 2016
RUPO-SEGURADOR
BBMAPFRE

Comprovação de não declaratório



ESCALA DE COMA GLASGOW			
ABERTURA OCULAR	ABERTURA VERBAL	ABERTURA MOTORA	TOTAL
4 - Aberto espontaneamente	5 - Orientado	6 - Obediente	15
3 - Aberto com estímulo verbal	4 - Orientado a pessoa	5 - Obediente a comandos	
2 - Aberto com estímulo físico	3 - Orientado a pessoa e lugar	4 - Obediente a comandos simples	
1 - Não responde	2 - Não responde	3 - Não responde	
4 - Aberto espontaneamente	5 - Orientado	6 - Obediente	15
3 - Aberto com estímulo verbal	4 - Orientado a pessoa	5 - Obediente a comandos	
2 - Aberto com estímulo físico	3 - Orientado a pessoa e lugar	4 - Obediente a comandos simples	
1 - Não responde	2 - Não responde	3 - Não responde	
4 - Aberto espontaneamente	5 - Orientado	6 - Obediente	15
3 - Aberto com estímulo verbal	4 - Orientado a pessoa	5 - Obediente a comandos	
2 - Aberto com estímulo físico	3 - Orientado a pessoa e lugar	4 - Obediente a comandos simples	
1 - Não responde	2 - Não responde	3 - Não responde	

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA REGISTRO DE CHAMADAS SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA		192	
PACIENTE (Nome em Regulação) R. Manoel José da Silva - Damas		SOLICITANTE Mãe do paciente: <u>Gláucia</u>	
SOCORRO (Tipo em Regulação) ☒ Tratamento ☐ Caso clínico ☐ Assistência ☐ Psiquiatria		QUÊZA DO SOLICITANTE <u>De dor de mto</u>	
ESTADO DE CONSCIÊNCIA ☒ Despertado ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Coma		RESPIRAÇÃO ☒ Espontânea ☐ Superficial ☐ Irregular ☐ Não Respira ☐ Não Sabe	
PULSO ☒ Suave ☐ Normal ☐ Irregular ☐ Muito rápido ☐ Muito lento		DOR AGUDA ☐ Dor de cabeça ☐ Dor de dente ☐ Dor de estômago ☐ Dor de costas ☐ Dor de membros ☐ Dor de outro	
TRAUMA ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts.		TRAUMA ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts. ☐ Queda de 10 mts.	
TRANSPORTE UTILIZADO FÔNECA MOTOCICLETA CARRO CAMIONETE OUTROS		TRANSPORTE UTILIZADO FÔNECA MOTOCICLETA CARRO CAMIONETE OUTROS	
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Método Regulação) ☐ 01 - Condição 10 mts. ☐ 1 - 3 - Condição 10 mts. ☐ 3 - 5 - Condição 10 mts.		AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Método Regulação) ☐ 01 - Condição 10 mts. ☐ 1 - 3 - Condição 10 mts. ☐ 3 - 5 - Condição 10 mts.	
SOLICITANTE ☐ Condição ☐ Condição ☐ Condição ☐ Condição		SOLICITANTE ☐ Condição ☐ Condição ☐ Condição ☐ Condição	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS
 RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SE, CPF nº 082999384-30, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO ANOINHA
Número	S/N
Apto / Complemento	ASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CUITE
Estado	PB
CEP	58175-000
Telefone de Contato	(83) 93312-5490
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

MAURÍLIA DOS SANTOS SILVA
SIT. CANOINHA, S/N - ÁREA RURAL
CURITIBA/PR - CEP 81150-000 (40)

Classificação: RESIDENCIAL - TENDÊNCIA: LUCRO
Poder: 1 - 105 - 205 - 2700
P. médio x: 00018770103
Referência: Jan/2016
Emissão: 12/01/2016

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200, Km 2 - Centro - Curitiba/PR - CEP 81150-000
CNPJ: 06.952.950/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-40

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica FICOM 007 115
Código para Débito Automático: 00014410068

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

RESERVADO AO FISCO 2231 Base de 11/2737 Escala 12/01/2016

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Canal de contato

Apresentação

União Social de Energia Elétrica - LUCE Paranaense Ltda
CNPJ nº 10.438.000/0001-20
Endereço: Rua das Indústrias, 100 - Jd. Santa Helena - Curitiba/PR

13/01/2016

Data prevista da próxima leitura

12/02/2016

CPF/CNPJ/RANI
15.789.004/09

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
14/12/15	13/01/16	1	44	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/01/2016 PARA
OBSERVAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh BR	20	0,14460	2,89
Consumo de 21 a 100 kWh BR	14	0,24184	3,39
Adic. B Vermeão			0,04
Subtotal			11,72
DÉBITOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,73
Devolução Subtotal			

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Média de consumo mensal
40 kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ENTREGA DE ENERGIA	11,20	0,00	220
TEMPO DE ATENDIMENTO	22,32	0,00	200
TEMPO DE REPARO	14,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	7,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200
TEMPO DE REPARO	11,00	0,00	200

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	6,28	60,78
Adic. B Vermeão	0,04	0,39
ICMS (ISENTO)	0,31	3,02
PIS	1,43	13,78
COFINS	11,73	113,00
Total	22,11	100,00

Valor de referência: 11,73 (valor de referência de 2015)
Ref. 11/2015

RECEBIDO

04 ABR 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARANÁ
Rua Forqueto Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

17421799

REFERÊNCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO 145

JK 58187-000
PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Escola	
028-01-020-0304	0	1	0	0	0	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	1	ACADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DI. DIAS | PROXIMA LEITURA
391 396 5 2 29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

			NUMERO DE AMOSTRAS	VALORES
OUT/2015	11	0	PARAMETROS	
NOV/2015	8	0	TURBIDEZ	0
DEZ/2015	10	0	COR	0
JAN/2016	10	0	CLORO	0
JAN/2016	10	0	COLIFORMES TOTAIS	0
FEV/2016	20	0	DADOS REFERENTES A: 0/0	
MEDIA(M)	10			

DATA DA LEITURA: 01/03/2016 HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 IPTU E COFINS. LET 10.744/12
Total a Pagar:

VENCIMENTO:

26/03/2016

R\$32,78

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

VERIFICAR R. I. O.

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1

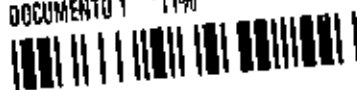
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

DOCUMENTO 1 "T194"



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

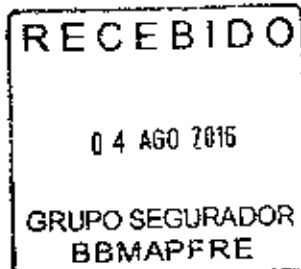
Eu, ANDRÉ DELO DOS SANTOS
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99912-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRÉ DELO DOS SANTOS



MARINILVA DOS SANTOS SILVA
CIT CARACARA, 561 - ARCA RUPIA
CITE 15-B-CP 5015000-00

Classificação: RESIDENCIAL / SEMPRENTA / 1500W/240V
Razão: 1-105-203-7700 Referência: Jan/2016
L.P. medidor: 000827/1153 Exatidão: 1201/2016

energisa

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 200, Andar - Rua Piedade - Jd. P. Verde - CEP 59074-000
CNPJ: 06.927.001-40 Ins. Est. 10.015.823-0

1800 Fica o Conto de Energia Elétrica FIC00107-115
Código para Débito Automático: 0001410818

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

RESERVADO AO FISCO 2018-2019 de 11/2017 (Código 1801/2017)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF / CNPJ / RANI
11.788.049-09

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dif.
14/12/15	1301/16	14	30

Faturas em atraso

FATURA VENCIDA ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
OBRIGAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh BP	30	0,14100	4,23
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	14	0,34764	4,87
Adic. B. Variação			0,84
Subtotal			11,73
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (18%)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,33
Obrigações Substituídas			

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/15	31
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Medida de consumo em kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (AN) 11,30	0,00	100,00
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (AN) 11,30	0,00	100,00
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (AN) 11,30	0,00	100,00

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 30 kWh BP	4,23	40,75
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	4,87	46,95
Adic. B. Variação	0,84	8,07
Subtotal	11,73	100,00
IMPOSTOS E ENCARGOS	1,65	15,75
Obrigações Substituídas	0,00	0,00
Total	13,38	100,00

Taxa de energia: 0,14100 R\$/kWh
Código para Débito Automático: 0001410818

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

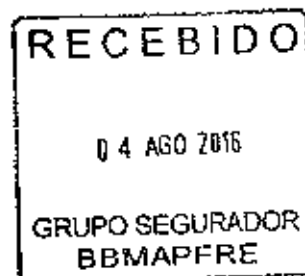
Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 93312-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-PA, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS



MARINALVA DOS SANTOS SILVA
ST CAROLINA, S/N - APT. 101 - JARDIM
CARTEIRO - FLORESTA - 13.015-000

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL FERRA BRANCA 100% SANEAMENTO
Pavimento: 1 - 105 - 235 - 2700
IP médio: 0,003770193

Referência: Jan/2016
Emissão: 13/01/2016

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 240, km 2 - Cado Bonito - Jd. Pires - CEP 83071-890
CNPJ 05.025.879/0001-40 - Insc. Est. 10.015.029-0

Nota Fiscal Geração de Energia Elétrica 100000071110
Código para Dúvida Automática: 0001442818

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

RESERVADO AO FISCO

4201 Base de 11 3137 Se 11 136 8811 1017

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPE / CNPJ / RAN:
15.000.000

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
14/12/15	130116	2101	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
CUSTODIAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh por	30	0,14403	4,32
Consumo - 31 a 100 kWh por	11	0,34764	3,82
Adic. B. Verificação			0,04
Satélite			11,73
IMPÓSTOS E ENCARGOS			
ICMS (SEINF)			0,31
PS			1,43
Cofins			11,73
Demonstrativo			

Histórico do Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	43
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	37
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
INT. MEMBRO	11,10	100%
ENC. FERRA BRANCA	22,12	100%
ENC. ANEEL	44,05	100%
ENC. MEMBRO	1,00	100%
ENC. FERRA BRANCA	15,64	100%
ENC. ANEEL	31,20	100%
ENC. MEMBRO	0,00	100%
ENC. FERRA BRANCA	10,00	100%

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 20 kWh por 30	4,32	41,76
Consumo de 31 a 100 kWh por 11	3,82	36,76
Adic. B. Verificação	0,04	0,38
Satélite	11,73	112,91
IMPÓSTOS E ENCARGOS	0,00	0,00
Total	22,11	100,00

Valor total da conta: R\$ 10,38 (dez e três reais e 38 centavos)

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
 Rua Francisco Flores, 220 - Jangadeiro João Pessoa - PB
 CEP: 58.013-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CREDITO COM A CAGEPA
 OBRIGADO ESTENDER
 MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
 RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145

JK

58187-000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
028.01.030.0304	0	Potencial	Receita	Estimada	0	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	I	REGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	21	29/03/2016
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MG				
OUT/2015	11	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARAMETROS	
DEZ/2015	10	0	VALORES	
JAN/2016	10	0	TURBIDEZ	
JAN/2016	10	0	COR	
JAN/2016	10	0	CLORO	
FEV/2016	20	0	COLIFORMES TOTAIS	
MEDIA(M)	10	0	DADOS REFERENTES A: 0/0	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016	HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 043-03 PIS E COFINS: LCP 12.744,32
 VENCIMENTO: 26/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

15-7 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1

INFORMACOES GERAIS:
 PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTO
 Matico.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

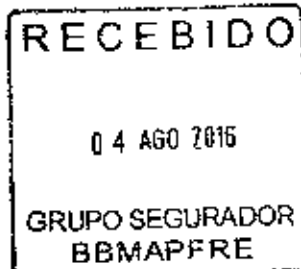
Eu, ANDRÉ DELO DOS SANTOS
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99912-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRÉ DELO DOS SANTOS



MARINILVA DOS SANTOS SILVA
CIT CARACARA, 561 - ARCA RUPIA
CITE 15-B-CP 5015000-00

Classificação: RESIDENCIAL / SEMPRENTA / 1500W/240V
Razão: 1-105-203-7700 Referência: Jan/2016
L.P. medidor: 000827/1153 Exatidão: 1201/2016

energisa

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 200, Andar - Rua Piedade - Jd. P. Verde - CEP 59074-000
CNPJ: 06.927.001-40 Ins. Est. 10.015.823-0

1800 Fica o Conto de Energia Elétrica FIC00107-115
Código para Débito Automático: 0001410818

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

RESERVADO AO FISCO 2018-2019 de 11/2017 (Código 1801/2017)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF / CNPJ / RANI
11.788.049-09

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dif.
12/12/15 707	1301/16 7101	1	30

Faturas em atraso

FATURA VENCIDA ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
OBRIGAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh BP	30	0,14100	4,23
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	14	0,34764	4,87
Adic. B. Variação			0,84
Subtotal			11,73
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (18%)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,33
Obrigações Substituídas			

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Medida de consumo em kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (ANUAL) 11,30	0,00	100,00
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (ANUAL) 11,30	0,00	100,00

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 30 kWh BP	4,23	40,75
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	4,87	46,95
Adic. B. Variação	0,84	8,07
Subtotal	11,73	100,00
IMPOSTOS E ENCARGOS	1,65	15,83
Obrigações Substituídas	0,00	0,00
Total	13,38	100,00

Taxa de energia: 0,14100 R\$/kWh
Código para Débito Automático: 0001410818

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

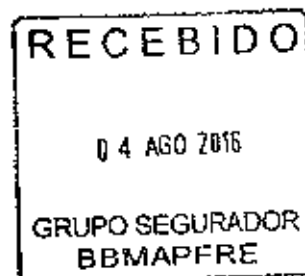
Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 93312-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-PA, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS



MARINALVA DOS SANTOS SILVA
ST CAROLINA, S/N - APTA RURAL
CARTEIRO - CEP 80130-000 (PR)

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL FERRA BRANCA 100% SANEAMENTO
Pavimento: 1 - 105 - 235 - 2700
IP médio: 0,003770193

Previsão: Jan/2016
Emissão: 13/01/2016

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 240, Rm 20 - Centro Positivo - Jd. Pires - CEP 80071-890
CNPJ: 06.925.879/0001-40 - Ins. Est. 10.015.829-0

Nota Fiscal Geração de Energia Elétrica: 10000007110
Código para Dúvida Automática: 0001442818

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

RESERVADO AO FISCO 4201 Base de 11 3137 Se 11 356 8811 10017

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da próxima leitura

12/02/2016

CPE / CNPJ / RANI
15 7003300

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
14/12/15 2157	130116 2101	1	24

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
CUSTODIAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh PR	20	0,14403	2,88
Consumo - 3) a 10 kWh PR	11	0,34764	3,82
Adic. B. Verificação			0,04
Serviço			11,73
IMPÓSTOS E ENCARGOS			
ICMS (SEINF)			0,31
PS			1,43
Cofins			11,73
Demonstrativo			

Histórico do Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	43
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	37
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
INT. MEMBRO	0,00	NOMINAL
ENC. FERRA BRANCA	0,00	NOMINAL
ENC. ANEEL	0,00	NOMINAL
ENC. MEMBRO	0,00	NOMINAL
ENC. FERRA BRANCA	0,00	NOMINAL
ENC. ANEEL	0,00	NOMINAL
ENC. MEMBRO	0,00	NOMINAL
ENC. FERRA BRANCA	0,00	NOMINAL
ENC. ANEEL	0,00	NOMINAL
ENC. MEMBRO	0,00	NOMINAL

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 20 kWh PR	2,88	27,75
Consumo de 11 kWh PR	3,82	36,71
Adic. B. Verificação	0,04	0,38
Serviço	11,73	112,91
ICMS (SEINF)	0,31	2,99
PS	1,43	13,78
Cofins	11,73	112,91
Total	22,11	100,00

Valor total da conta: R\$ 10,38 (dez e três reais e trinta e oito centavos)

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
 Rua Francisco Flores, 220 - Jangurua João Pessoa - PB
 CEP: 58.013-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CREDITO COM A CAGEPA
 OBRIGADO ESTENDENDO
 MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
 RUA ROLDADO DE MACEDO 145

JK

58187-000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
028.01.030.0304	0	Potencial	Receita	Estimada	Devida	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	I	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	21	29/03/2016
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
OUT/2015	11	0	NUMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARAMETROS	
DEZ/2015	10	0	VALORES	
JAN/2016	10	0	TURBIDEZ.....	
JAN/2016	10	0	COR.....	
FEV/2016	20	0	CLORO.....	
MEDIA(M)	10	0	COLIFORMES TOTAIS.....	
DADOS REFERENTES A: 0/0				

DATA DA LEITURA: 01/03/2016	HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 045-03 PIS E COFINS: LCP 12.744/12	Total a Pagar:
VENCIMENTO: 26/03/2016	R\$32,78

15-2 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1

INFORMACOES GERAIS:
 PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTO
 MÁTICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

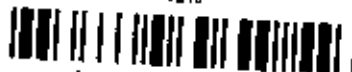
** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

ANDRE BELO DOS SANTOS
 ELIZABETE DE LIMA BELO
 BARRA DE SANTA ROSA - PB
 BARRA DE SANTA ROSA - PB
 CN: LV. 110 / FLS. 170 / N. 010180
 082999384/30
 199 Delcynd Dir. Monárq
 Robertson 1000 - 1000 1511 - 0800 00
 LEM 7.15 DE 2 723



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**
2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na
qualidade de **procurador(a)/intermediário(a)** do beneficiário(a)
ANDRE BELO DOS SANTOS

do sinistro de DPVAT da natureza INVALENDEZ
da vítima ANDRE BELO DOS SANTOS
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações
solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE
DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manuel de Lima Pereira,
RG nº 2.926.451, data de expedição 29/11/17,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 060.204.844-32, com
domicílio na cidade de Quite, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Retiro, nº 5/n,
complemento Zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Andre Belo dos Santos, cujo o condutor era

Veículo: Moto
Modelo: Honda / NVR 150 Bros
Ano: 2007
Placa: MOG 4487 / PB
Chassi: 9C2KD03107R800123
Data do Acidente:
Local e Data: Quite (PB) 05 de novembro de 2018

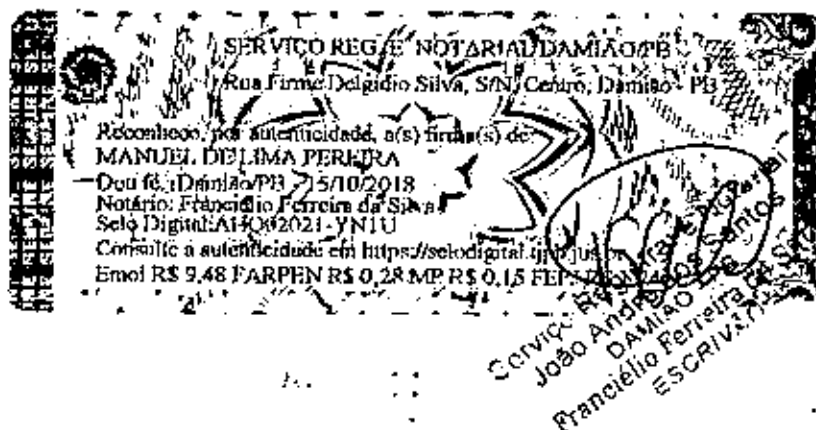
Declaração do proprietário do veículo



Manuel de Lima Pereira
Assinatura do Declarante



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





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, André Belo dos Santos, RG: 56.466.112-3 CPF: 082.999.384-3 residente e domiciliado na sítio Canoinha, S/N
Zona Rural, Cidade de Curité, no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: Jamilson Felix da Silva

Ano: 2007

Placa: KOG 4487 / PB

Chassi: 9C2K PD3107 R900123

Data do acidente: 20/11/2015

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picuí - PB, 12 de agosto de 2016



Assinatura



[illegible]

Do chegar no local paciente consciente, orientado,
enfrentado. Palato tem feio uso da bebida alcoólica.
Apresentando fratura exposta na UTD + umor
locoapso profunda sem nomenclatura de vasos,
do o quadro para o M.B que orientam
para o acesso venoso; para angi e endovigilância
última para o hospital de trauma em LG.

[illegible]

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Aryane Brito dos Santos		
End:	R. S. R. R. R.	Bairro:	Paulista
Data de Nascimento:	11/08/1995	Documento de Identificação:	
Ocupação:	Alfabetizadora	Data do Atendimento:	21/11/15 Hora: 20:00 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadêra de rodas () Cama		

VOD 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato	(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento até 4 horas	() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	André Belo dos Santos		Idade:	20
Convênio:			Data:	21/11/18
Procedimento:	TIO em fratura Torçozelo (5)			
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Socorro
Início:		Término:	Anestesia:	Rapim

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Data da Operação

Leito

Operador

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesia

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Vias de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Derivado do canal
2. Derivado do canal
3. Derivado do canal
4. Derivado do canal
5. Derivado do canal
6. Derivado do canal
7. Derivado do canal
8. Derivado do canal
9. Derivado do canal
10. Derivado do canal
11. Derivado do canal
12. Derivado do canal
13. Derivado do canal
14. Derivado do canal
15. Derivado do canal
16. Derivado do canal
17. Derivado do canal
18. Derivado do canal
19. Derivado do canal
20. Derivado do canal
21. Derivado do canal
22. Derivado do canal
23. Derivado do canal
24. Derivado do canal
25. Derivado do canal
26. Derivado do canal
27. Derivado do canal
28. Derivado do canal
29. Derivado do canal
30. Derivado do canal
31. Derivado do canal
32. Derivado do canal
33. Derivado do canal
34. Derivado do canal
35. Derivado do canal
36. Derivado do canal
37. Derivado do canal
38. Derivado do canal
39. Derivado do canal
40. Derivado do canal
41. Derivado do canal
42. Derivado do canal
43. Derivado do canal
44. Derivado do canal
45. Derivado do canal
46. Derivado do canal
47. Derivado do canal
48. Derivado do canal
49. Derivado do canal
50. Derivado do canal
51. Derivado do canal
52. Derivado do canal
53. Derivado do canal
54. Derivado do canal
55. Derivado do canal
56. Derivado do canal
57. Derivado do canal
58. Derivado do canal
59. Derivado do canal
60. Derivado do canal
61. Derivado do canal
62. Derivado do canal
63. Derivado do canal
64. Derivado do canal
65. Derivado do canal
66. Derivado do canal
67. Derivado do canal
68. Derivado do canal
69. Derivado do canal
70. Derivado do canal
71. Derivado do canal
72. Derivado do canal
73. Derivado do canal
74. Derivado do canal
75. Derivado do canal
76. Derivado do canal
77. Derivado do canal
78. Derivado do canal
79. Derivado do canal
80. Derivado do canal
81. Derivado do canal
82. Derivado do canal
83. Derivado do canal
84. Derivado do canal
85. Derivado do canal
86. Derivado do canal
87. Derivado do canal
88. Derivado do canal
89. Derivado do canal
90. Derivado do canal
91. Derivado do canal
92. Derivado do canal
93. Derivado do canal
94. Derivado do canal
95. Derivado do canal
96. Derivado do canal
97. Derivado do canal
98. Derivado do canal
99. Derivado do canal
100. Derivado do canal



9102 654 4 8

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		(10)

Assinatura Anestesiata

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Andre Belo dos Santos DN: 11/08/1985

CM Salvador LEITE Salvador CONVÊNIO SUS IDADE 29a REGISTRO 1754206

CIRURGIÃO Dr. Andre Ribeiro ANESTESIA Dr. Socorro Abrantes

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

CIRURGIA Exat. Exposta de torçao do ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA DATA 20/11/2015 INÍCIO 23:20 FIM 00:50

GOVERNO DA PARAIBA

Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Pronto Socorro

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

CIRCULANTE RESPONSÁVEL Dr. Socorro Abrantes

Assessoria de Cirurgia e Ortopedia

Unidade de Cirurgia e Ortopedia

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
4529

Hospital: H. Comendador e Moura Código: 506
 Procedimento: Impl. de fixação de fêmur distal Cód. Procedimento:
 Paciente: Leandro Silva dos Santos Convênio: SU
 Data da Cirurgia: 20/11/15 Nº prontuário: 3254209
 Cirurgião: Dr. André Ribeiro Código: ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 113 Tubo de 4 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3,5 mm	Nº	36	18					
	Qtd	02	03					
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm R.T.	Nº	18						
	Qtd	02						
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
 Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F. para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Diagnóstico

Pr. Dep. Onco. de pulm. +
TUM. B. e linf. de axila de p. (B)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: André, 62 anos de idade

Admissão: 4 Leito: 4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/11	1. Dieta <u>BLIND</u>		
	2. SAI 1000ml EV/24h + SG 1000ml EV 24h	18h 500 / 300 500	CCR, captação, apênd
	3. Oxicodona 5mg + AD EV 6/6/24h	18h 30	neuroleptico em
	4. Filha 20mg + AD EV 12/12h	18h 30	
	5. Omeprazol 40mg EV/24h		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h EV		CD: 10h
	7. Fluticasona 0.1 mg + AD EV 6/6h SF		
	8. Eleonora 20mg SC/4h		
	9. SSV + CCGS		
	10. SAT 2000 L		
	11. Bactera 4g EV 12/12h		
	12. Curatubus diário		
	13. hidrocortisona 200mg EV 8/8h		

22/11 André de Oliveira
URTO SEGURADOR
EPLANAPPR
02-100 2036
OBBIDO

BBMAPF
GRUPO SEC

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTO)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: André Belo dos Santos

Enter: 4

Leito: 1

AVALIAÇÃO GERAL

Sígnos Vitais: Tax 34 °C. PFC 90 bpm, FR 18 mmHg, PA 120/80 mmHg HGT 170 mmHg
Peso: 70 Kg; Altura 170 cm; Dor: IS ☒ Local
Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Unilateral ☐ Comatose ☐ Alérgico ☐ Torporoso ☐ Desorientado

GLASGOW: 15 (3) 5 (5) 5 (5)

Pupila: ☒ Isocórica ☐ Anisocórica ☐ D-E ☐ E-D ☐ Fotorreagentes ☐ IS ☐ IN ☐ Mioticas ☐ Midríicas

Atividade motora MMSS: ☐ Preservada ☐ Parcial ☐ Plágia ☐ Parêstesia Local

MMII: ☐ Preservada ☐ Parcial ☐ Plágia ☐ Parêstesia Local

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Ausente

Acuidade Auditiva: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Ausente

Dor: ☐ Expressão facial de dor ☐ Relato verbal de dor ☐ Dor a estimulação Tátil Local

Necessidade de Comunicação

☒ Preservada ☐ Prejudicada ☐ Outro

Comunicação não-verbal: ☐ Não ☐ Oral ☐ Escrita ☐ Dúvida

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Controlada ☐ Ventilação ☐ Tricotostomia

☒ Eupneia ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Dispnéia ☐ Outro

Auscultação pulmonar: MV presente ☐ D ☐ F Diminuída ☐ D ☐ F

Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Creptos ☐ Estridor ☐ Outro

Tosse: ☐ IS ☒ IN ☐ Improdutiva ☐ Produtiva

Expectoração: ☐ IS ☐ IN Quantidade e aspecto

Queimaduras de vias aéreas: ☐ IS ☐ IN Permeabilidade das vias aéreas ☐ IS ☐ IN

Necessidade de Regulação Cardiovascular

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ F-forma ☐ Chale

Pele: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Sudorosa ☐ Fria ☐ Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ☐ < 3 segundos ☐ > 3 segundos Turgência Jugular: ☐ IS ☐ IN

Orgão vasculares: ☐ IS ☐ IN Pericardialgia: ☐ IS ☐ IN

Ausculta Cardíaca: ☐ Rítmica ☐ Arritmica ☐ Sopros ☐ Outro

Punção Venosa: ☐ Periférica ☐ Central ☐ Dissecção Localização

Edema: ☐ IN ☐ IS ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo alimentar: ☒ Líquido ☐ Imagreco ☐ Obeso ☐ Caquelico

Dentição: ☒ Completa ☐ Incompleta ☐ Uso de próteses

Alimentação: ☒ VO ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNF ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia

Atorções: ☐ Inapetência ☐ Obstipação ☐ Intolerância alimentar ☐ Pirose ☐ Náusea

☐ Vômito ☐ Outros

Abdômen: ☐ Normotensão ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Ascítico ☐ Outros

RHA: ☐ Normotivos ☐ Hipotivos ☐ Hipertivos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ☐ Líquida ☒ Normal ☐ Constipação ☐ Outros

Observações:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea ☐ Retenção ☐ Incontinência

☐ SVD: Volume 100 ml de 2 horas Aspecto: ☐ Clara ☐ Concentrada ☐ Outros

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa			
Condição da pele:	☒ Umida	☐ Resaca	☐ Rascacha
	☐ Rash	☐ Prurido	☐ Descamativa
	☐ Lesões	☐ Coloração da pele	☐ Hiperemocrada
	☐ Hipocorada	☐ Hiperemocrada	☐ Ictérica
	☐ Cianótica	Condições das mucosas:	☐ Úmidas
	☐ Secas	Turgor da pele:	☐ Preservada
	☐ Diminuída	Manifestações de sede:	☐ S ☒ N
	Início cirúrgico:	☐ S ☒ N	Local/Aspecto:
	Úlcera de pressão:	☐ S ☒ N	Estágio Local Descrição:
Necessidade de cuidado corporal			
	☐ Independente	☐ Dependente	☒ Parcialmente dependente
	Higiene Corporal:	☒ Satisfatória	☐ Insatisfatória
	☐ Presença de odor	Higiene Bucal:	☒ Satisfatória
	☐ Insatisfatória	Necessidade de ajuda para auto-cuidado:	☐ S ☒ N
	Limitação físico:	☐ Acamado	☐ Bengala
	☐ Cadeira de rodas	☐ Outro:	
Necessidade de sono e repouso			
	Procurado:	☒ S ☐ N	☐ Insônia
	☐ Dorme durante o dia	☐ Sono interrompido	Observações:
Necessidade de Segurança e Gregário			
	Sentimentos e Comportamentos:	☒ Cooperativo	☐ Ansiedade
	☐ Modo	☐ Apreensão	☐ Agitação
	☐ Ausência de familiares/visita		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
23/11/15			
Química, cardíaca, orientado HLP, guisa 2 de grupo nec. foi observado o VA, iniciou a primeira atividade de dia, sono e repouso preservados, segue aos cuidados de grupo. <i>[Assinatura]</i>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:			

GOVERNO
ESTADO PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: André Belo dos Santos

Enfer: 4

Leito: 1

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36.6 °C; P/FC: 80 batm; FR: 19 irpm; PA: 100 x 80 mmHg; HGT: 1 mg/dl

Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm; Dor: () S () N Local:

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Contuso () Atáxico () Torporoso () Desorientado

GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgesia):

pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D Fotomorgentes () S () N () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: () Preservada () Paroia () Plegia () Paroia Local:

MMII: () Preservada () Paroia () Plegia () Paroia Local:

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída () Ausente

Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída () Ausente

Dor: () Expressão facial de dor () Relato verbal de dor () Dor a estimulação tátil Local:

Necessidade de Comunicação

() Preservada () Prejudicada () Outro:

() Comunicação não-verbal () Afasia () Disfasia () Disartria () Distúrbio

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: () Espontânea () Cateter nasal () Venturi % Vmin () Traqueostomia

() Eupnéia () Traqueupnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outro:

Ausculta pulmonar: MV presente () D () E () Diminuídos: () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Crepitos () Estridor () Outro:

Tosse: () S () N () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () S () N Quantidade e aspecto:

Obstruções de vias aéreas: () S () N Permeabilidade das vias aéreas: () S () N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos Turgência Jugular: () S () N

Drugs vasotivas: () S () N Preconstricção: () S () N

Ausculta Cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outro:

Punção Venosa: () Periférica () Central () Dissecção Localização:

Edema: () N () S () MMSS () MMII () Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo sonático: () Nuldo () Emagrecido () Obeso () Caquético

Dentição: () Completa () Incompleta () Uso de próteses

Alimentação: () VO () SNG () SOG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia

Alterações: () Inapetência () Dislalia () Intolerância alimentar () Pirose () Náusea

() Vômito () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RNA: () Normotivos () Hipotivos () Hipertivos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: () Líquida () Normal () Constipado há dias () Outros:

Observações:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência

() SVD. Volume: ml de horas Aspecto: () Clara () Concentrada () Outros:

Paciente: Dnys

Pelo dos Santos

Enfermagem: 4

Leito: 3

Data: 29.12.19

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Duréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdomino distendido () Dor à evacuação () Anorexia () Dor abdominal () Cavidade bucal limpa () Hálito () Outro () Dor abdominal () Hálitos fétidos ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Incapacidade de acessar o alimento () Outro () Incapacidade de levar o corpo ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Exaustão () Outro () Ansiedade ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (ex: Bacterias, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Tosse/cia () Injúria () Outro ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Desnudeza () Invasão de estruturas do corpo () Ponto de contato da pele () Invasão de estruturas do corpo () Ponto de contato da pele () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Exatidão de idade () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar	O sedado para ventilar () O sedado ao estresse () Outro () Medicamentos desossificantes ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Prejuízo motor ou estresse físico () Desuso () Outro () Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na autonomia respiratória () Dispositivo () Baixamento de asa e nariz () Ortopedia () Outro ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Asfixia () Obstruções () Vômito () Diarréia () Outros () Outros ()	
9 Risco do desequilíbrio eletrolítico	Aspiração da exposição ambiental () Deletos primários metabólicos () Procedimentos invasivos () Outro ()	
10 Risco de infecção	Medicamentos físicos prejudicados () Medicamentos () Extremos da idade () Aglomeração/Descontaminação ()	
11 Risco de queda	Falta de privacidade/controlado do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Modificação de padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
12 Padrão de sono prejudicado		
13 Outro		
14 Outro		

DATA: 22/11/15 HORA: 11:00

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Segue com EGR, MGR e nos cuidados da equipe de enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa	
Condição da pele: () Úmida () Pegajosa () Ressecada () Ictérica () Esquimosa () Hematoma () Prurido () Descamativa () Lesões	
Coloração da pele: () Normocrômica () Hipocrômica () Ictérica () Cianótica	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	
Maneiras de sede: () S () N	
Lesão cirúrgica: () S () N Local: () S () N	
Local: () S () N	
Estado: () S () N	
Descrição: () S () N	
Necessidade de cuidado corporal	
() Independente () Dependente () Parcialmente dependente	
Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Presença de odor	
Higiene Bucal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Necessidade de cuidado para auto-cuidado: () S () N	
Limitações físicas: () Acamado () Bengado () Jogado de rodas () Outro	
Necessidade de sono e repouso	
Preservado: () S () N () Insônia () Sono durinho e dia () Sono interrompido	
Observações:	
Necessidade de Segurança e Gregária	
Sentimentos e Comportamentos: () Cooperativo () Ansiedade () Medo () Aprensão () Agitação () Ausência de familiares/visita	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A):

das Santos André Belo

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 582 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 20/11/15 A 23/11/15 NECESSITANDO DE

90 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 23/11/15

Dr. Paulo Roberto Nunes
Ass. do Médico Nº _____ do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR



André Belo dos Santos

0640-070067

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.460.112-3 19/JUN/2012

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS

E ELIZABETE DE LIMA BELO

BARRA DE SANTA ROSA - 11/AGO/1985

PB

BARRA DE SANTA ROSA - PB

BARRA DE SANTA ROSA

CN: LV. A10 / FLS. 170 / N. 010180.

082999384/30

198 Delegado Divisionário

Roberto Avila de Paula

ASSINADO DO DIRETOR

LEI 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

082.999.384-30

Nome

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

Nascimento

11/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D6D9.77F9.3741.7F32

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:30 do dia 23/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

DOCUMENTO 6 *T64*



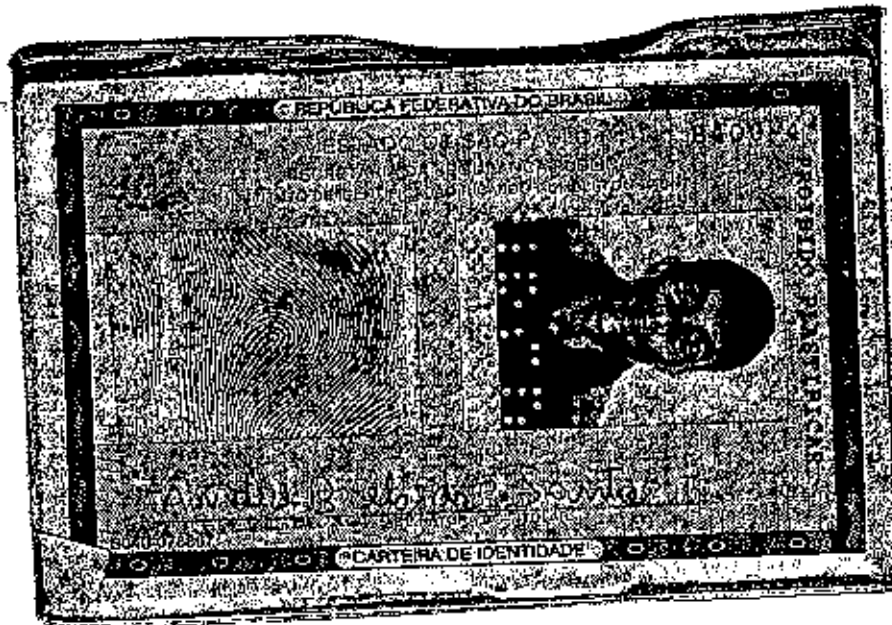
RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR

BBMAFERE

Documentos de Identificação



Sinistro
3160482248

9.9126.2461

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR

RG 40-078867

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Andre Belo dos Santos

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.460.112-3 19/JUN/2012

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS

E ELIZABETE DE LIMA BELO

BARRA DE SANTA ROSA - 11/AGO/1985

PB

BARRA DE SANTA ROSA - PB

BARRA DE SANTA ROSA

CN: LV A10 / FLS. 170 / N. 010180

082999384/30

198 Delegado Divisão

Roberto ANTONIO DO DILE

LEI 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

082.999.384-30

Nome

ANDRE BELO DOS SANTOS

Nascimento

11/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D6D9.77F9.3741.7F32

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:30 do dia 23/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR

BBMAPERE

**GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 012650601045
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CUG RENAVAM BRL 20161100001496-2
1 0093633951-9 00/00000000 2015

MANUEL DE LIMA PEREIRA

06020484432 PLACA MCG4487/PB
NOVO PB 9C2KD03107R800123

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC CONEJETAEL GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ESD 2007 2007

2 P/149 /CI PARTICIP VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 20/05/2016 1º

2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 0

SEM RESERVA DE DOMINIO

DANIELAO-PB 19257 08/07/2016

31054

OUT



PB Nº 012650601045 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoBrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

SEGURO 2015 08/07/2016

1 06020484432 PLACA MCG4487/PB

00936339519 HONDA/NXR150 BROS ESD

2007 9 9C2KD03107R800123

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 0

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0

SEGURO P A G O

DATA DE OUTRADA 21/12/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.863/0001-01

31054-0959231-20160708

08-2016



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

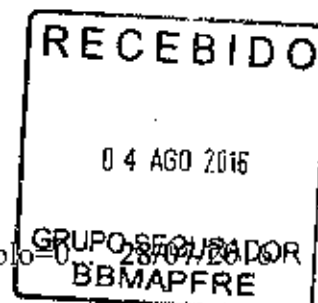
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ANDRE BELO DOS SANTOS	CPF da Vítima 08299938430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com MAPFRE SEGUROS <i>AMS - Campina Grande</i> Data: 28/07/16 Hora: 13:00 <i>Anoagueira</i>	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias, acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

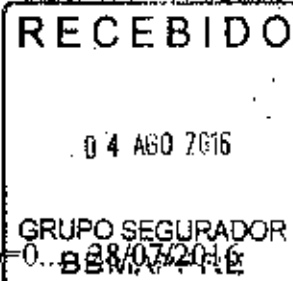


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidar Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

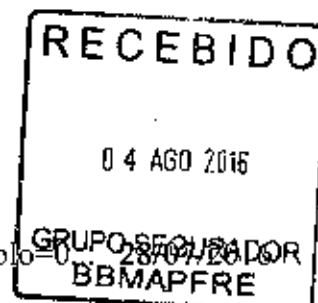
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ANDRE BELO DOS SANTOS	CPF da Vítima 08299938430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com MAPFRE SEGUROS <i>AMS - Campina Grande</i> Data: 28/07/16 Hora: 13:00 <i>Anoagueira</i>	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias, acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

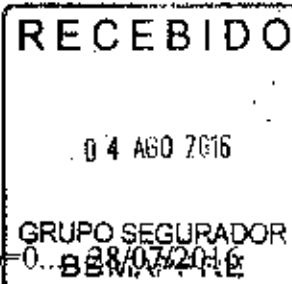


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidaz Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

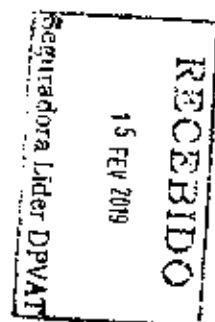
ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

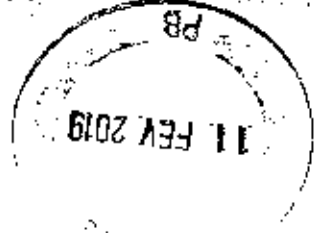
Segue pendência do sinistro do
Senhor André Belo dos Santos, portador
do CPF 082.999.384-30; comprovante de
residência em nome da mãe.



André Belo dos Santos
Sítio Canoinha - sin
Cuite - 58175.000



SEURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DE SEURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
20011-904



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Outros



Data do acidente: 20/11/2015

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

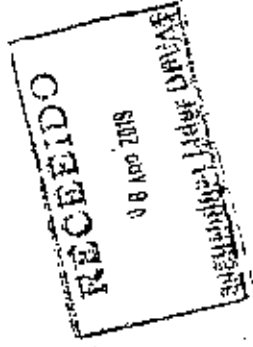
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Para: Seguradora Lider

→ Comprovante de endosso em nome da
esposa.



DA



→ Segura Líder DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT,
6, R. da Assembléia, 100 - 16º andar - Centro,
RIO DE JANEIRO - RJ
20011-904

 Correios	☐ AR	SEDEX
	☒ MP	
PESO (kg)	1	
DV 34075807 0 00		

Andre Belo dos Santos
Sítio Refúgio, s/n
Eucite - Paraisópolis - 58175.000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO