

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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190121466 **Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA**

Data do Acidente: 15/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MAYARA SOARES SILVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVID CUNHA PEREIRA

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



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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190121466 **Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA**

Data do Acidente: 15/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MAYARA SOARES SILVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEIVID CUNHA PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DEIVID CUNHA PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001042-1

Conta: 000009540-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	131.789.664-55	David Cunha Pereira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		
Profissão:	Endereço:		
Bairro:	Sítio Areia Fina	Estado:	CEP:
Zona Rural	Sao Bento	PB	58865-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99655-5541		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: São Bento - PB 23 de janeiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

12 FEVEREIRO DE 2019

Assinatura

PROTOCOLO
AB-10ÃO PESSOA

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 RODO, 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 01.103/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **15/09/2018** hora: **18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade:
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: *****
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: **DEIVID CUNHA PEREIRA**, alcunha " ", Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 22 anos, nascido em 15/09/1996, cor/raça: *****, Estado Civil: Solteiro, Profissão: ajudante de pedreiro, Escolaridade: fundamental incompleto, documento: RG 4.107.778 SSP-PB, CPF 131.789.664-55, filiação: Ivanilson Pereira de Araújo e de Rita Cunha Pereira, endereço: Sítio Areia Fina, zona rural, São Bento-PB, referência: entrada para o Pingo Fogo . Tel/Cel:(83) 99872-1173;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de 15/09/2018, por volta das 18:00 hrs conduzia a moto Honda CG 160 Titan, 2016/2016, chassi 9C2KC2210GR507431, vermelha, placa QFO-2225 licenciada em nome de sua irmã Deniane Cunha Pereira, quando trafegava pela Rodovia PB 293 nas proximidades da construção do hospital de São Bento, saída para Paulista bateu em um cavalo que atravessa a via; Que em virtude do acidente sofreu uma fratura no braço direito e ferimentos no pé esquerdo; Que não houveram outras vítimas; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento, 04 de Dezembro de 2018. Às 15:52 horas.

Deivid Cunha Pereira

Notificante

Testemunha Arrogada

Pedro T.

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

POLICAR 21877-0

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	131.789.664-55	David Cunha Pereira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		
Profissão:	Endereço:		
Bairro:	Sítio Areia Fina	Estado:	CEP:
Zona Rural	Sao Bento	PB	58865-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83)99655-5541		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: São Bento - PB 23 de janeiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

12 FEVEREIRO DE 2019

Assinatura

PROTOCOLO
AB-1000 PESSOA

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 RODO, 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.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIVID CUNHA PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 00000009540-0

Nr. Autenticação

BRADESCO22022019050000000002370104200000009540236250 PAGO

RITA JOSEFA DA CUNHA
SIT. AREA FINA, SIN - AREA RURAL
SAO BEVADO / PIAUÍ CEP: 65966000 (AB-231)

Emissão: 20/11/2018 Referência: Nov-2018
Classe/Subclasse: RURAL / RURAL RESIDENCIAL / P-FAISCO
Rótulo: 14-231-160-4020 IP Medidor: 000007C96



ENERGISA FORNECEDORA DE ENERGIA S.A.
S-130 KM22, Centro Rural, João Pessoa, PB, 58750-000
CNPJ: 09.355.602/0001-47 IPE Est: 70015.021

Nº da Fatura / Conta de Energia Elétrica: 000007C96
Cod. para Deb. Automático: 00027977836

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	23/11/2018	21/12/2018	764.713.574-00 inc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/797789-5

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data	Lerida	Data	Lerida						
Demonstrativo									
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Aliq. Item(s)R\$	Base Calc. Pe(R\$)	Cofre(R\$)		
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pe/Cofre(R\$)	(004470)14348791		
0601	Consumo em kWh	209.000	0,422580	89,32	0,00	0,00	89,32	0,00	2,84
0501	Adic. B. Vermelha			2,53	0,00	0,00	2,53	0,02	0,11
0601	Adic. B. Amarela			1,69	0,00	0,00	1,69	0,01	0,07
0610	Subíndice	37,94	0,00	0	0,00	37,94	0,37	1,54	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0906	Desvalise Suínos	-35,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN: Cálculo de Classificação do kWh	TOTAL	94,54	0,00	0,00	130,39	1,22	5,66
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
190	16/12/2018						

TOTAL A PAGAR

R\$ 94,54

Histórico de Consumo (kWh)

190 | 175 | 188 | 176 | 171 | 172 | 182 | 163 | 178 | 190 | 197 | 202
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

Oded e902 57a1 8a59 0d81 d642 06bc aa4c.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Ajustado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	11,16	0,00	NOMINAL	390	
DIG TRIMESTRAL	22,32				
DIG ANUAL	44,65				
FIC MENSAL	7,87	0,00	CONTRATADA	360	
FIC TRIMESTRAL	15,24		LIMITES INFERIOR		
FIC ANUAL	30,68	0,00	LIMITES SUPERIOR	399	
DMC	6,08	0,00			
FCF	18,60				
Total			Total	94,54	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Subvenção DEC 7.691/13 R\$ 15,34
Isento ICMS

COMPRE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

16/12/2018 R\$ 94,54

Petrol. 14-231-160-4020
MBNCL 07779-2018-11-2
83860000000-1 94540054000-7 07977892018-5 11200237019-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Mayara Soares Silveira,

RG nº 022.490.830, data de expedição 19/10/2003

Órgão SSP/RN, CPF nº 073.952.404-64,

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Cícero Gomes Bomboza</u>
Número	<u>435</u>
Apto/Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Centroamento Biuropolis</u>
Cidade	<u>São Bento</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.865-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99930-8312</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: São Bento - PB, 23 de janeiro de 2019.

Mayara Soares Silveira
Assinatura do Declarante





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

70706026

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JONAS SEVERINO DOS SANTOS NETO
RUA CICERO GOMES BARBOSA, 435 - LOT. VIEIRÓPOLIS
SAO BENTO PB 58865-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
115.006.596.0025.000.000				
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
VISN33282	16/02/2016	EXCELAIR L. MENDO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NÚM DE LEITURA PRÓXIMA LEITURA				
144 149 5 30 20/12/2018				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO PÓRTA 05/2017 HS.				
OUT/2018 6 PARÂMETROS EXIG. ANALIT. CONFORMES				
SET/2018 6 TURBIDEZ 37 37 37				
AGO/2018 3 CLORO 37 37 37				
JUL/2018 2 COLESTEROL 0 0 0				
JUN/2018 4 COR 10 30 30				
MAI/2018 4 COL.TOTALS 37 37 37				
MEDIA(M) 4 DADOS REFERENTES A: SET/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:22:45

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

CONSUMO TOTAL(R\$)

5 m³ 37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,51 PIS E CONFINS, IET 12,7417

Total a Pagar:

VENCIMENTO: 15/12/2018

R\$ 37,91



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO
— CONCEPCIONALF NA "FAA ORGANIZAÇÃO MILITAR"

Lotérias CAIXA

4 TAXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINTA: sorteios de segunda-feira a sábado. AH

349-696478603 5

15/02/2018

HORA DI 10:19:44

TERM 862769

LOT. 13.012401-4

LOCALIDADE: SAO BENEDITO

AG. VINCULADA: 4917

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AD ESG PARAÍBA

VALOR DO PAGAMENTO: 37,91

8207000000001 3/9100101151
070700026013 112018700032

349-696478603 5

1a VIA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mayara Soares Silveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.992.404-64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Deivid Cunha Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.789.664/55

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez

da Vítima Deivid Cunha Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.789.664 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

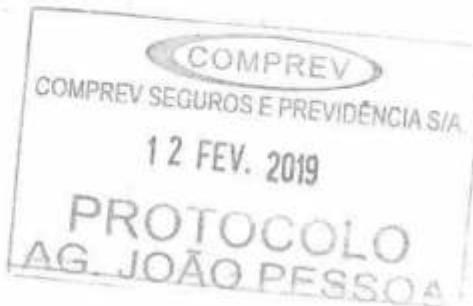
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. Cícero Gomes Barbosa</u>	Número:	<u>435</u>	Complemento:	<u>caso-</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>São Bento</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.865-000</u>

Local e Data: São Bento PB, 23 de janeiro de 2019

Mayara Soares Silveira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Deniane Cunha Pereira,

RG nº 003.341.409, data de expedição 04/05/2012

Órgão SSPIRN, portador do CPF nº 302.379.714-96,

com domicílio na cidade de São Bento, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Meia Fina - Zona Rural, nº S/N,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Deivid Cunha Pereira, cujo o condutor era

Deivid Cunha Pereira.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 160 Tutor EX Ano: 2016

Placa: QFD 22251PB Chassi: 9C2KC2210GR507431

Data do Acidente: 19/09/2018

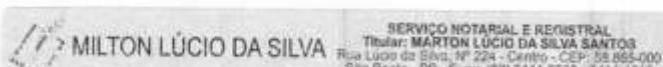
Local e Data: São Bento - PB

x Deniane Cunha Pereira

Assinatura do Declarante.



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

 MILTON LÚCIO DA SILVA
SERTÍFICO NOTARIAL E REGISTRAL
Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lucio da Silva, nº 224 - Centro - CEP: 58.065-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma da: DENIANE CUNHA PEREIRA, EM TEST. DA VERDADE, DOU PÉ. S/é
Bento-PB, 24/01/2019.

AURICELIO NICOLAU DA SILVA
Selos Digitais de Fiscalização: Tipo Normal B-AHW7801-CGJ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 0,81 FARPEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 1,98

Auricelio Nicolau da Silva
Escrivente




COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AO. 1000 PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121466
Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

Cidade: São Bento
Data do acidente: 15/09/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO
FRATURAS DO 1º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Evolução de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

16.09.18 (10:00) - Paciente estável, sinais vitais normais. Refere dorso braco direito e lombosacral. Aguardando transferência. Deve ser encaminhado ao hospital.

Blandina Dutra A. Gonçalves

Enfermeira

COREN/PE 243.667-15

Enfermeiro/COREN

Evolução de Enfermagem - Intercorrências Noturnas

16.09.18 (10:00) - Paciente estável, sinais vitais normais. Sono profundo. Deve aguardar transferência.

Blandina Dutra A. Gonçalves

Enfermeira

COREN/PE 243.667-15

Enfermeiro/COREN

4 - Controle de Procedimentos de Enfermagem

HORA	06:00				
TEMP. °C					
PULSO/bpm					
R/irpm					
P.A./mmHg	120x70				
HGT/mg/dL					
DIURESE					
DRENO					
OUTROS					
ASSINATURA	MARIA				

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

Téc. de Enfermagem/COREN

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Noturnas

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTÓCOLO

AB. JOÃO PESSOA

Téc. de Enfermagem/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Daniel C. Ferreira IDADE: 22 SEXO: MASC FEM
 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 15/01/18 HORA: 16:00

2 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico Cirúrgico DIH: _____

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ESTADO GERAL: Estável Regular Comprometido Grave Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente Inconsciente Orientado Algo Orientado Desorientado Comatoso Torporoso Sedado

ASPECTO EMOCIONAL: Comunicativo Cooperativo Apático Calmo Ansioso Deprimido Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: Satisfatório Insônia Uso de medicação

Prejudicado _____

DOR: Não Sim Local: De Leve Moderada Intensa

MOVIMENTAÇÃO: Acamado Deambula Deambula com auxílio

DÉFICIT MOTOR: Não Sim, especificar: _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: Sim Não

HIDRATAÇÃO: Hidratado Desidratado Anasarca Edema Local:

COLORAÇÃO DA PELE: Normocorado Hipocorado Ictérico Cianótico Cianose central Cianose de extremidades Hiperemia

CONDição DA PELE: Hematoma Equimoses Celulite Lesões, local e descrição: _____

ÚLCERA POR PRESSÃO: Não Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRÍÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas a epiderme.	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção	Lesão do tec. subcutâneo. Presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ bpm ()Eupnéico ()Dispnéico ()Taquipnéico ()Outros _____

Tosse, se sim especificar _____

SUPORTE VENTILATÓRIO: NBZ Cateter de O2 _____ L/min Traqueostômo Dreno Tórax Máscara de Venturi Máscara com reservatório

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg () Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico

PULSO: Cheio Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: Preservada Diminuída

ACESSO VENOSO: AVC _____ AVP _____ Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: Nutrido Obeso Emagrecido Caquético

ALIMENTAÇÃO: Oral Zero SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia Ileostomia Jejunostomia

DIETA: Livre Líquida Branda Pastosa Hipossódica DM Outros

ACEITAÇÃO: Satisfatória Pouca aceitação Recusa

ABDOMEN: Flácido Plano Globoso Distendido Ascítico Escavado Gravidão

()Doloroso _____ ()RHA+ RHA- RHA ausentes Meteorismo

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: Presentes nas últimas 24h Constipação _____ dias Sádidas Pastosas

()Líquidas, nº de episódios _____ ()Colostomia Melena Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: Espontânea Retenção Incontinência SVD, dias _____ () Irrigação Cistostomia Uso de fraldas

ASPECTO: Límpido Concentrado Colúrico Piúrico Hemático Outros

VOLUME: Normal Poliúria Polaciúria Oligúria Anúria Nictúria

COMPRENSÃO
SEGURANÇA
PREVIDÊNCIAS
ASSESSORIA
PROFISSIONAL
12 FEVEREIRO
2018

Evolução de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

Enfermeiro/COREN

Evolução de Enfermagem - Intercorrências Noturnas

15.09.18 (9:00) Paciente, sexo feminino, nascida neste mês. Vítima de acidente de metrô apresentou escoriações e fraturas no pé esquerdo, medicado e relato aos cuidados do grupo.

J. S. P. 22/09/17

Enfermeiro/COREN

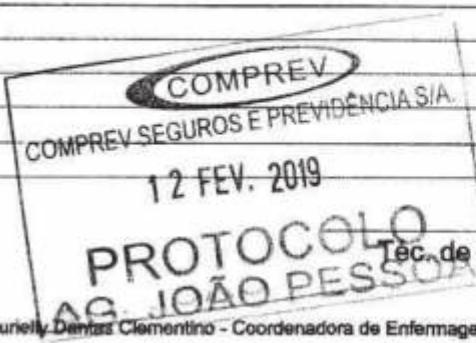
4 - Controle de Procedimentos de Enfermagem

HORA					
TEMP. °C					
PULSO/bpm					
R/irpm					
P.A./mmHg					
HGT/mg/dL					
DIURESE					
DRENO					
OUTROS					
ASSINATURA					

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

Téc. de Enfermagem/COREN

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Noturnas



Téc. de Enfermagem/COREN

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente Leivid Cunha Oliveira

Residente na (o) _____

Município de São Bento PB

Para o (a) H.R.

Na cidade de Patos PB

MOTIVO

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão motorista) com ferimentos contusos e fraturas em face, mão E e pé E. + dor e limitação do MSD.

H1: Fratura distal do rádio D

Fratura de 1º e 5º dedos do pé E

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 15 / 09 / 18

CRMA-PB 6500
Officips





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 17/09/2018 15:32:12

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.: _____

Paciente DEIVID CUNHA PEREIRA

Idade: 22 Sexo M

Filiação

Pai: IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO
Mãe: RITA CUNHA PEREIRA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: PROJETADA
Bairro: CENTRO
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone: (83)9870-1173

N.: SN

Documentos

CNS: 700-8079-4651-4686
Identidade: 4107778
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 15/03/1996
Cor: PARDA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Trauma om antebraço D
Ondante de moto

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

Dor e edema no antebraço D



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

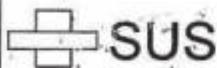
Diagnóstico:

Fratura de rádio D

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: SANDRA



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
DEIVID CUNHA PEREIRA

4 - PRONTUÁRIO
33427

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700-8079-4651-4686

6 - DATA DE NASCIMENTO
15/03/1996

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
PARDA

9 - NOME NA MÃE
RITA CUNHA PEREIRA

10 - TELEFONE
(83)9870-1173

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO

12 - ENDEREÇO
PROJETADA

N.: SN

13 - BAIRRO

CENTRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em antebraço direito
EF San e edema em antebraço (P)

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cinunsa

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Raro X

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de rádio (P)

22 - CID 10 PRINC.

S52.3

23 - CID 10 SEC

V29.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervencion hospitalar

26 - COD. PROCEDIMENTO
0708020407

27 - CLÍNICA

Ortopédia

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

União

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036784304-81

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PB: 7801 CRM/PE: 19497

RG: 116253

32 - DATA SOLIC.

11/09/18

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

CRM/PB: 2070

Diretor

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

() CNS () CPF

12 FEB. 2013

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

Pronto

/ /

Rua Projetada s/n - Bombal

Nome: David Lútha Pereira

Filiação: Beto Lútha Pereira

Sexo: Mas. **Idade:** 22 **Cor:** Parda

Procedência: Clínica Cirúrgica **Data:** 17/09/18

Cirurgião: Dr. Fábio Lassimiro **Auxiliar:** _____

Anestesista: Dra. Siddharta Bacereta **Anestesia:** _____

Início da anestesia: 18:00 **Término:** 18:10 **Duração:** _____

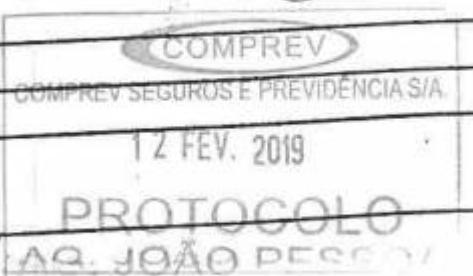
Início da intervenção: 18:18 **Término:** 19:30 **Duração:** _____

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos

Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-



	Hospital: HRP	Enfermaria	Lito	Nº Prontuário		
FOLHA DE ANESTESIA	Nome: Seu Amaro Ferreira		Idade: Seco	Altura:		
Data	Presença Arterial Pulsos		Respiração	Temperatura		
Tipo Sanguíneo	Hematídeo	Hemoglobina	Hematocrito	Glicina	Urina	Outros
	Urina					
Ap. Respiratório	Moderada				Arena	Bronquito
Ap. Circulatório	Bonificada				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo	Zefiro				Ap. Urinário	
Estado Mental	Alerta				Alergia	Hipotensores
Diagnósticos Pré-Operatório					Estado Fisiológico	Risco
Anestesias Anteriores	(18 - 019:30h)					
Medicação Pré-Anestésica	(8) 112 (9)	Aplicado às	Efeito			
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂					
	Ureto					
Líquido	Ureto				INDUÇÃO	
	HMSD				Beta:	Ext:
Pulseira P. A. ANESTÉSICA	260			Laringo espasm:	Lento:	
	240			Náuseas:	Vômito:	
OPERACAO	220			Outros:		
	200			MANUTENÇÃO		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	200			Fibrozolung		
	180			Desenvolveu 10		
POSIÇÃO	160			desenvolvendo		
	140			teratologico		
Agente	120			fibrose		
	100			vômito		
Técnica	80			ANESTÉSICA SATIF: Sim: Não:		
	60			Não, por quê?		
Operação	40			DESPERTAR		
	20			Reflexo na SO:		
Cirurgião	200			Outr:	Cod:	Ext:
	180			Náuseas:	Vômito:	
Anestesista	160			Outros:		
	140			Como Câmla		
Observações	120			Para leito Sim: Não:		
	100			CONDIÇÕES:		
Anotar no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias						





ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Yong

Name: Alfred

Idade: _____ Cor: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____ Setor: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
12/09	① Ditta 10 grame ② Zofas 100 mg oral Cr 740 ③ Citalopram 10 + 10 Cr 100 ④ Talcado 400mg Cr 100 ⑤ Sipirina 100mg Cr 100 ⑥ Oftal 10 mg Cr 100 ⑦ Serr 100mg Cr 100	OK 18h 20h 09h 00h 09h 00h 15h 30h 15h 30h 15h 30h 15h 30h 15h 30h	
			Maria Dayse Vieira Machado Telef. 3311-1333 Cel. 9999-6733
			<i>Francklin</i> Francklin Galvão de Oliveira Enfermeiro Coren-PB 496657
			<i>José Antônio Neto</i> José Antônio Neto CRM-PB 19497 RAVES 1000
18/09	Alfa hospitalar	entre!	<i>Isac Cassimiro Neto</i> Isac Cassimiro Neto CRM-PB 19497 RAVES 1000
			<i>COMPREV</i> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
			12 FEVEREIRO DE MIL E NOVENTA E Nove
			AG. JOÃO PESSOA

Nome:	Enf.:	Leito:
Deivid Cunha Pereira		

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		
NOME DO PACIENTE	Deyvid Cunha	
DATA DA OPERAÇÃO	12/09/18	ENF.
OPERADOR	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de rádio (1)	
TIPO DE OPERAÇÃO	Ortomontese de rádio (1)	
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	(1) mesmo	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	12 FEB. 2019	
	PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

(1) Posso ser APH sob bloqueio anestésico
(2) Amputar a antebraço
(3) Colocação de comprimidos anestésicos
(4) Imobilizar com fuga dorsal de onto braco (1)
(5) Abertura da pleura
(6) Visualização frata de fratura
(7) Reduzir fratura do joelho e fixar na placa DCP + fixar + o tendão - epicondilo
(8) Hemostase + Sutura por fícimes
(9) Curativo

J. José Cassiano Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7801 CRM-ME 19497
TELEFONE 15383

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Derival conha Pereira Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: Residência Enfermeira: cordiologa Data da admissão: 17.09.18
Idade: 22a Sexo: M () F Religião: _____ Ocupação: Sócio cultor
Escolaridade: 9º Ano Ens. fund. incompl. Estado Civil: Solteira

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Fratura de rádio

Tipo de tratamento:

Osteossíntese de rádio

3. Necessidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: Preservada () Prejudicada

Oral: Preservada () Prejudicada

Demandas de Auto Cuidado:

Sono e repouso: Satisfatório () Prejudicado () Insônia () Auxiliares do sono Qual: _____

Dieta: () Preservada () Prejudicada () Ajuda para Alimentação () Restrição Alimentar

Movimentação: () Deambula Não deambula () Restrito ao Leito () Acamado

Movimenta-se com ajuda: () Sem movimentação Limitação localizada de movimento _____

Interação Social: Comunicativo () Não Comunicaativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: Informado () Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: Boa () Insuficiente () Não orientado

4. Fatores de Risco:

Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: N

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): Varicocèle

Antecedentes familiares: Colecistectomia, apendicite, apêro (mãe)

Uso de medicamentos: —

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: 36.9 C° P: 63 bpm R: 20 ipm PA: 120x70 mmHg FC: 65 bpm

Peso: 73 Kg Altura: 1.65 cm CA: _____ cm

Estado nutricional: Normal () Obeso () Emagrecido () Caquético () Desnutrido () Outro

Nível de consciência: Consciente () Orientado () Desorientado

Nível de Resposta:

Distintória

Pele / Tecido: Integra Hidratada () Ressecada () Sudoreica () Pálida () Cianótica () Escara

Cabeça: () Alopecia () Seborreia () Pediculose () Outros:

Face: () Cushingoide () Paralisia facial () Acromegálica Expressão:

COMPREV

Olhos: Visão normal () Visão turva () Acuidade visual diminuída () Cegueira () Exoftalmia
() Processo inflamatório / Infectoso

Aspecto da mucosa/outros: Normocorrada

12 FEV. 2019

PROTÓCOLO

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: () Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe _____

Ouvidos: () Audição normal () Diminuída () Zumbido () Surdez () Processo inflamatório/infeccioso
() Outros: _____

Boca: () Câries () Falhas dentárias () Halitose () Língua saburrosa () Prótese

Mucosa oral: () Integra () Lesões: _____

Pescoço: () Linfonodos palpáveis () Tireoide aumentada () Ingurgitamento jugular () Traqueostomia
() Mov. Difícil ou doloroso () Outros: _____

Tórax: () Atípico () Típico _____ Expansão torácica: () Normal () Diminuída _____

Mamas: () Assimétricas () Presença de nódulos palpáveis () Secreção: _____

Sistema Respiratório: () Eupnélico () Bradipnélico () Taquipnélico () Dispnéico () Em repouso () Mín. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar _____

Atividade Cardíaca: () Regular () Irregular Frequência: _____

Edema: Sem edema.

Sist. Digestivo/abdome: () Plano () Distendido () Tenso () Globoso () Incisão/cicatriz cirúrgica () Sonda
() Náuseas () Vômitos () Pirose () Plenitude pós-prandial () Dificuldade deglutição.

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

A palpação: () Flácido () Doloroso Hepatomegalia () Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica): Dietariamente

Genito-urinário: () Micção espontânea () Incontinência () Retenção () Dispositivo p/ incontinência () Sonda
() Disúria () Poliúria () Polaciúria () Nictúria () Oligúria () Anúria () Hematuria () Colúria
() Prurido () Corrimento () Lesões () Aspecto de urina

Atividade sexual: () Não tem atividade () Tem atividade () Uso de preservativo: _____

Ciclo menstrual: () Normal () Menopausa () Dismenorreia () Amenorreia () Hipermenorreia: _____

Membros Sensibilidade: () Presevada () Parestesia () Câimbras Força motora: () Preservada () Paresia
() Plegia () Im. de mov. articular Pulsos periféricos: () Palpáveis () Diminuidos () Ausentes () Amputação

Rede venosa: AVP mSE. Gelco 20. 17.09.18. Socorro

6. Impressões do Enfermeiro:

Paciente admitido neste setor, procedente de sua residência, em m/s. acompanhado, com m/s. mobil. s/p, com exacerbações nos m/s. mm. Ao exame: consciente, orientado, higienizado, hidratado dia 0, dietaria zero, digestivo, afibril, eucrônico, palmar seco, exames b/labs de pre. normais, mvt(+), normofunção nos meios-pés, batidas 2T, regular, por. normofuncionais, abdômen: plano, flácido, indolor à palpação, PTT (+), eliminações vesico-intestinais (+) satisfeitas, em crenália, quadro clínico procedimento corrigido.

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
Francivalda Bandeira de S. Brunet	
Enfermeiro: <u>S. Brunet</u>	Enterneira: <u>F21112019</u>
Coren: <u>Coren-PB 066037</u>	DATA: <u>17/09/18</u>

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ÁREA VERMELHA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: eee Leito: II Data Admissão: 17/10/18
 Paciente: Deirid Cunha Pereira Idade: 30 Anos Hora Admissão: _____
 Dias de Internação: _____ Turno: DRW SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____
 Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____
 Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
 Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
 () Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetricia () Clin. cirúrgica/Obstetricia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
 () UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____ / _____
 Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>36,9</u> °C	P: <u>65</u> bpm	R: <u>18</u> ipm	PA: <u>120</u> x <u>70</u> mmHG
18h00	T: <u>36,9</u> °C	P: <u>72</u> bpm	R: <u>18</u> ipm	PA: <u>120</u> x <u>70</u> mmHG
00h00	T: <u>36,0</u> °C	P: <u>72</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>100</u> x <u>70</u> mmHG
06h00	T: <u>36,1</u> °C	P: <u>79</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>100</u> x <u>60</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Confuso () Cooperativo
 () Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/reposo preservado () Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipotônico () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemizada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____

Eliminações intestinais: () Presentes () Ausentes Frequência: _____

Aspecto: () Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: () Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias
 () SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematuria

Diurese: () Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venóclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data
punção: 17/10/91 / 18 Hora: 16:30 (M) - Gelco N° _____ () Scalp N° _____

Quem punctionou: Wmss

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: Se sim: data: 18/10/18, hora: 7:00 Médico: Dra. Camimiro
 Se não, responsável:

Testemunha 1:

Hiria Gutierrez de Oliveira Vunes
Testemunha 2:

Testemunha 2:

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN:

Testemunha 2:

RACIONANTE EM ÓRBITA

() Não () Se sim, data: ____ / ____ / ____ hora: ____ causa da morte (diagnóstico médico):

QUEIXAS:

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Primeras series en ESR e negra
aparciando procedimientos

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN:
Data: 17/09/18 Hora: 18:00

Nº 40 Serrano. *Avenida de Almagro*
Ave. *Collegio*
CUREN: 11/455

Hiria Gutieres de Oliveira Nunes
Téc. em Enfermagem
COREN-PB: 950846

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente inclui no círculo da equipe de enfermagem

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem
Data: 17/09/18 Hora: :

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
Coren-PB. 001.331.253

Maria Deysa Vieira Machado
Tec. Enfermeira
Caixa-PB 873.681



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
15/09/1996

DEIVID CUNHA PEREIRA

Nome

131.789.664-65

Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Gabinete de Pessoas Físicas

Receita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA



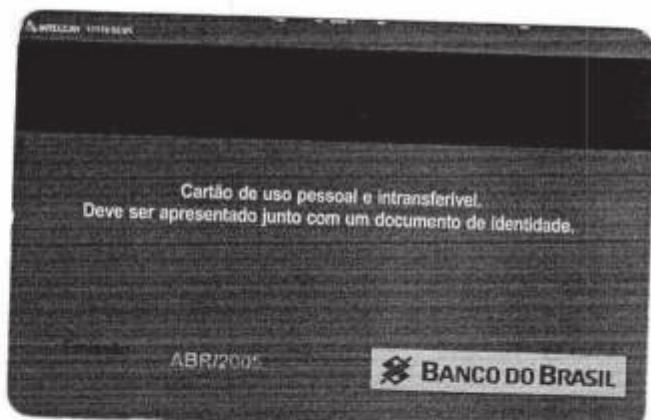
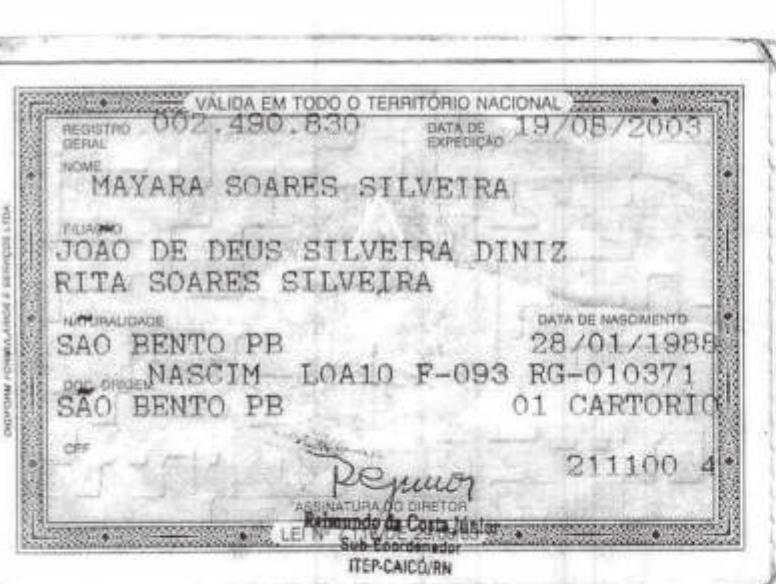
CÓDIGO DE CONTROLE

61B5.E84B.E168.2E74

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
as 10:08:11 do dia 23/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



PROTÓCOLO AG. JEAQ PESSOA

12 FEV, 2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 014200919393
VALIDADE: 07-09-2018
EXERCÍCIO: 2018
CÓD. RENAVAM: 01088732008-6
VIA: 00/00000000

DENIANE CUNHA PEREIRA

卷之三

PLACA
QFO2225PB

NOVO PB 9C2KC2210GR507431
 PLACA ANT / UF CHASSI
 ESPECIE TIPO
 COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO DA / CG 160 TITAN EX ANO FAB. / ANO MOD. 2016 / 2016 COR PREDOMINANTE / CATEGORIA CANDIDATO / CH

2 F/162 /CI PARTICIPE VERMELHA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	DATA DE PAGAMENTO
COTA UNICA		00/00/0000	1*	
FAIXA IRVA		PARCELAGEMTO / COTAS	2*	
*****	q		3*	

CONSERVAÇÕES

ADM DE CONCILIACION HONDA LTDA	LOCAL	05 / 10 / 2018
BENTO - PB		
ADM DE CONCILIACION HONDA LTDA	DATA	05 / 10 / 2018
0		

1581

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 014200919393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoraideal.com.br

SAGE DPAI 0800 022 1204

卷之三

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 05/10/2018

PLACA
QFO2225/PB
MABCA/MODELO

150 TITAN EA
Nº CHASSI
GB507431

TRIFÁRIO

TOEFL聽力題庫

DATA DE OBTENÇÃO
05/10/2018

SEGIBALIOBA LÍDEB - DPVAT

CHPJ 09.248.608;0001-04

6089-20181005



Proprietária
do
Veículo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121466
Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

Cidade: São Bento
Data do acidente: 15/09/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO
FRATURAS DO 1º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Deivid Cunha Pereira

NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
 PROFISSAO: auxiliar de pedreiro Nº DO RG: 4.107.778
 ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 04/10/2012
 Nº CPF: 131.789.664-55 ENDEREÇO: Sítio Areia Fina,
 s/n, Zona Rural, São Bento - PB

OUTORGADO: Mayara Soares Silveira

NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casada
 PROFISSAO: advogada Nº DO RG: 002.490.830
 ORGÃO EMISSOR: SSP/RN DATA DE EMISSÃO: 19/08/2003
 Nº CPF: 073.992.404-64 ENDEREÇO: R. Licena Gomes Barbosa,
 435, bairroamento Bicenópolis, São Bento - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Deivid Cunha Pereira, Data do Acidente 15/09/2018

Cobertura imediata a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

São Bento - PB

29 de janeiro

de 2019

Deivid Cunha Pereira

Assinatura



GRS - Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
 Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
 Rua Lucio da Silva, N° 224 - Centro - CEP: 58.865-000
 São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: DEIVID CUNHA PEREIRA. EM TEST. DA VERDADE, SOU FÉ. São Bento-PB, 24/01/2019.
Quero ser responsável

SAIONARA CAVALCANTE
 Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-ARW79588-GN5P
 Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 EMOLUM: R\$ 8,81 FARFEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 1,98

Saionara Cavalcante
 Escrivane
 Cartório Milton Lúcio

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e
 Marton Lúcio da Silva Santos
 Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos
 Oficial de Protestos e Letras
 Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
 São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

12 FEV. 2019

COMPREI SEGURO SE PREVIDÊNCIAS!
 PROTOCOLO DE PESQUISA
 12.10.2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051668/19

Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

CPF: 131.789.664-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: DEIVID CUNHA PEREIRA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAYARA SOARES SILVEIRA : 073.952.404-64

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

DEIVID CUNHA PEREIRA : 131.789.664-55

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: 12/02/2019
Nome: MAYARA SOARES SILVEIRA
CPF: 073.952.404-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MAYARA SOARES SILVEIRA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA