

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GIDELMA DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170631898**

Vitima: **MAYRA SANTOS BELMINO**

Data do Acidente: **22/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170631898**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12039496



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GIDELMA DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170631898**

Vitima: **MAYRA SANTOS BELMINO**

Data do Acidente: **22/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170631898**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GIDELMA DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170631898**
Vitima: **MAYRA SANTOS BELMINO**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170631898**.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12888290





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, _____
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF. _____ / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ 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.

_____, de _____ de _____
 LOCAL E DATA

 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

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 regulamentação 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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

GRUPO SEGURADOR
 BBMAFPRÉ



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 GIDELMO DA SILVA SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.798.244 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 10/06/2000 E

CPF 043934304-05 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 932 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYRA SANTOS BELMINO, 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 até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2520-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.551-8

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.

_____ de _____ de _____
LOCAL E DATA

Gidelmo da Silva Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

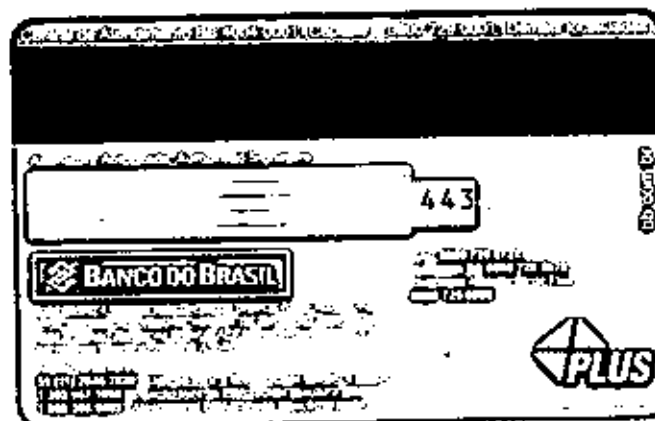
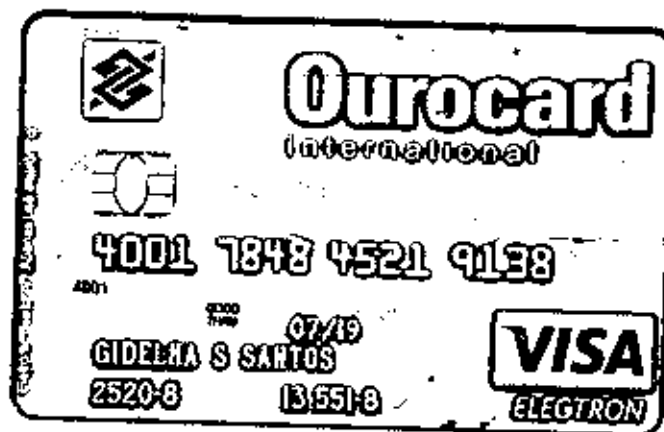
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

28 NOV 2017



RECEBIDO

8 NOV 2017

RUPO SEGURADOR
ADMAFRE 9939466



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO E DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE ESPERANÇA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE REMÍGIO

MINISTÉRIO UNICO DE REMIGIO
ESTADO DA PARAIBA
AUTENTICAÇÃO

L. Valentino esta
 o original, do
 PB/verdade.
 -2027 em Maio 90

reprodução
 MMA
 12012

Mercado de Sete Anos dos Santos
017 ESCRIVENTE

SELO DIGITAL: AFR 48 811-5369
 Verifique a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Hora e data do fato: Às 18:00, do dia 22 de julho de 2017,

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:00, do dia 31 de julho de 2017.

Local do Ocorrido: RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, FREITAS, REMIGIO/PB

COMUNICANTE: MARCOS ANDRÉ DE ALMEIDA, CONHECIDO POR 'MARCOS DO PORTÃO', do sexo masculino, nascido no dia 17/02/1978, com 39 anos de idade, ID: 2.511.186-SSP/PB, CPF: 041.784.014-40, SERRALHEIRO, filho de MANOEL ANDRÉ DE ALMEIDA e de HONORINA BATISTA DE SOUZA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de AREIA/PB, BRASILEIRA, residente na RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, 51, bairro FREITAS, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 99916-9843

VÍTIMA: MAYRA SANTOS BELMINO, , do sexo masculino, nascido no dia 13/06/2000, com 17 anos de idade, ID: 4.308.100-SSP/PB, CPF: 130.685.284-61, ESTUDANTE, filho de CARLOS TADEU BELMINO DE SOUZA e de GIDELMA DA SILVA SANTOS, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRA, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, 51, bairro FREITAS, na cidade de REMÍCIO

TESTEMUNHAS:

7 8 NOV 2017

1 -ELIENE DOS SANTOS BANDEIRA, do sexo masculino, nascido no dia 22/09/1975, com 41 anos de idade, ID: 1.814.766-SSP/PB, CPF: 035.776.284-30, COMERCIANTE, ^{GRUPO SEGURO} ~~do~~ ^{de} JOSÉ ISIDORIO DOS SANTOS e de JOSEFA FELIX DOS SANTOS, escolaridade: SEM INSTRUÇÃO, CASADA, natural de SERRARIA/PB, BRASILEIRO, residente na RUA LENI GARCIA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 998524064.

2- PEDRO JAILSON DOS SANTOS, CONHECIDO POR DODÔ, do sexo masculino, nascido no dia 29/06/1987, com 30 anos de idade, ESTUDANTE, filho de ANTOONIO MARIO DOS SANTOS e de MARIA NAZARETH DOS SANTOS, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de REMIGIO/PB, BRASILEIRO, residente na RUA DESEMBARGADOR DR. SEMEÃO CANANEIA, 77, bairro CENTRO, na cidade de REMIGIO, PB, celular Nº 99969-8983.

M.L.

ACUSADO: PAULO JOSÉ DE ARAUJO FERNANDES, CONHECIDO POR "PAULO LOLO", do sexo masculino, nascido no dia 02/03/1995, com 22 anos de idade, ID: 4.027.056-SSP/PB, CPF: 701.762.794-66, PINTOR, filho de PEDRO FERNANDES e de MARIA DO CARMO PAULINO DE ARAUJO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, SOLTEIRO, natural de VITÓRIA ST ANTÃO/PE, BRASILEIRO, residente na SITIO FURNAS, bairro ZONA RURAL, na cidade de AREIA, PB

HISTÓRICO: QUE no dia e hora supramencionados o comunicante conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA / POP 100, CATEGORIA PARTICULAR, de cor PRETA, CATEGORIA PARTICULAR, ANO:FAB/MOD :2008/2009, PLACA: MON 1205/PB, CHASSI: 9C2HB02109R008206, RENAVAN: 0098895905-4, cujo documento encontra-se licenciado em nome de ALEXANDRE MATIAS DE LIMA, tendo como carona, a sua enteada, MAYRA SANTOS BELMINO, de 17 anos de idade, quando ao sair de sua residência foi colhido pelo veículo RENAULT/SANDERO EXP 16HH, ANO: 2013/2013, DE COR VERMELHA, PLACA: OFY-7756/PB, pertencente a pessoa de JOSÉ RENATO SOUZA PAULINO; QUE posteriormente tomou conhecimento de que quem conduzia o referido veículo era a pessoa conhecida por PAULO LOLO, amigo de RENATO; QUE após colidir com a motocicleta PAULO saiu com o veículo em disparada e não socorreu a vítima; QUE o comunicante não sofreu nenhuma lesão, entretanto MAYRA, que estava como carona, ao cair, sofreu lesões na perna esquerda e na face; QUE a vítima foi socorrida para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande/PB, onde foi cirurgiada e permaneceu internada até o dia 24/07/2017; QUE posteriormente o comunicante procurou RENATO para lhe pedir que informasse quem era a pessoa que conduzia o veículo SANDERO na ocasião do acidente, mas RENATO se negou a informar, apenas disse que não sabe dirigir e que não estava dirigindo o seu veículo no momento da colisão. QUE O COMUNICANTE EXPRESSA O DESEJO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE EM DESFAVOR DE PAULO JOSÉ DE ARAUJO FERNANDES, CONHECIDO POR "PAULO LOLO".

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE

Marcos André de Almeida
MARCOS ANDRÉ DE ALMEIDA

ESCRIVÃO

JOSENILDO NICOLAU DA COSTA "AD-HOC"



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, GIDEIMA DA SILVA SANTOS,

portador da carteira de identidade nº 2.798.244 e inscrito no

CPF nº 043.834.104-05, residente e domiciliado na

LINDOLFO AZEVEDO DANTAS, Nº 71, CEP: 58.398-000

Cidade REMÍGIO, 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.

Gideima da Silva Santos

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Local e data



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU



Rua: Dr. Luiz Bronzeado, S/N – Centro – Remigio - PB

REMIGIO, 22/08/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU – Remigio - PB. Prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente MAYRA SANTOS BELMINO, vítima de acidente automobilístico, atendido no dia 22 de JULHO de 2017. O mesmo foi encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande-pb.


ISAAC EMANOEL DIAS FERREIRA
Coordenador do SAMU-REMIGIO
CPF: 082.683.904-50
Coren- PB: 267661

RECEBIDO

7 8 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
RUA BENTO VIEIRA VITOR Q. 1731 TERREO - CENTRO
REMANO/ PB CEP 58069-000 (AO 10)

energisa

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9230, Km 25 - Orla Preta - João Pessoa/ PB, CEP 58011-000
Retro: 14 - 73 - 293 - 1530 Referência: Mai/2017
Número: 00009715743 Emissão: 23/05/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.005.185/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Endereço: Cidade Energética - N° 100 317
Código para DDD na Automação: 0081700000

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1730353-8

Canal de contato

Mai/2017

Apresentação

23/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

23/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

630303437

Faturas em atraso

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura
24/04/17 2710 23/05/17 2894 164 16

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	164	0,4760	78,06
Ado B Vermelho			5,52
CMR			33,87
DS			1,24
COFINS			- 9,75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			9,97

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/17	220
Mai/17	192
Jun/17	188
Jul/17	128
Ago/17	122
Set/17	152
Out/17	138
Nov/17	124
Dez/17	125
Jan/18	126
Fev/18	141
Mai/18	139

Média dos últimos meses
153

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	125,48	27,00	33,87
IRS	125,48	1,0767	1,34
COFINS	125,48	4,9448	6,22

VENCIMENTO 26/06/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 135,03

6302.12ad.cde1.0503.05de.aa53.334e.2780.

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MENSAL	0,41	0,00	Serviço de Dist. da Energia	36,75	22,41
DE TRIMESTRAL	1,24	NORMAL	Controle de Energia	40,81	26,22
DE ANUAL	40,69		Serviço de Transmissão	2,75	1,54
DE MENSAL	0,42	CONTRATADA	Encargos Setoriais	12,01	5,08
DE TRIMESTRAL	0,85	SEM TEAPERIOR	Imposto de Contribuição Encargos	5,98	3,71
DE ANUAL	0,85	LIMITE SUPERIOR	Outros Encargos	0,00	0,00
DE MENSAL	0,41		Total	125,00	100,00

Valor de R\$ 135,03 (R\$ 3/2017) 354221

ATENÇÃO

- Letura confirmada

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

PARABÉNS
Retro: 14 - 73 - 293 - 1500
Número: 1730353-2017-059-3

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/06/2017

R\$ 135,03

83610000001-4 35030054000-1 17303532017-0 05900730019-3





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GILDEMA DA SILVA SANTOS,

RG nº 2.798.244, data de expedição 10/08/2000,

Órgão SSP-PB, CPF nº 041.834.104-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LINDOLFO AZEVEDO DANTAS</u>
Número	<u>71</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍCIO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.398.000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99958-9166</u>
E-mail	<u>EDUARDO OABPBA@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____/____/____

Gildema da Silva Santos

Assinatura do Declarante



Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 812 747
Código para identificação Automática: 0000812747

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

Conta referente a Jul/2017	Apresentação 20/07/2017	Data prevista da próxima leitura 22/08/2017	CPE/ CNPI/ RANI 58633586415
-------------------------------	----------------------------	---	--------------------------------

UC (Unidade Consumidora): 5/813647-5

Canal de contacto

- Tarifa Especial de Embarque - 500.000 pesos
nº 10.422 de 20 de abril de 2017.

Prezado Cliente:
A partir desta noite, as nossas bandeiras com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os denominadores de consumo, abrigados, tanto a composição do fatura. O valor do fatura, assim, a ser apresentado, o valor total da energia paga pelo cliente. Essas modificações não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/17	1509	20/07/17	1591	1	102	20

Código	Descrição	Demonstrativo										
		Orçamento 2017		2016		2015		2014		2013		Crescimento (%)
		Previsão	Realizado	Previsão	Realizado	Previsão	Realizado	Previsão	Realizado			
0001	Consumo de água e esgoto	30.000	0.216630	6,41	6,41	27	1,73	6,41	0,26	0,29		
0001	Consumo - 21 a 700 kWh-gr	70.000	0.388300	25,84	25,84	27	8,52	25,84	0,26	0,29		
0001	Consumo - 101 a 220 kWh-gr	2.000	0.569473	1,29	1,29	27	0,29	1,29	0,01	0,04		
0001	Assoc. e Amortiz			1,09	1,09	27	0,29	1,09	0,01	0,04		
0000	Subtotal			32,62	32,62	27	8,81	32,62	0,28	1,21		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0007	CONTRIB. MUNICIPAL			3,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0034	JUROS DE MOROSIDADE 2017			0,05	0,00	0	0,00	0,05	0,20	0,20		
0008	MULTAS 2017			1,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0000	Devolução Subtotal			-22,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CC: Code de Classification du Reg	TOTAL	55.08	80.88	15.04	80.88	0.57	2.47
CC: Code de Classification du Reg							

Média Gás/mês (kWh) 137

VENCIMENTO 27/07/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 55,86
---------------------------------	-----------------------------------

Historico de Consumo (CWH)

Historical Consumption (kWh)											
Jun17	May17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17	Dec16	Nov16	Oct16	Sep16	Aug16	Jul16
108	129	140	159	128	126	182	158	140	104	110	100

faec.1bcd.95c3.1297.8fef.1761.c2ec.e9cc

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Observações	Valor (R\$)	%
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	8,64	15,47
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	11,16	18,92
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	0,58	1,06
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	2,11	3,57
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	22,26	37,85
CONTA DE ENERGIA	12,00	0,00		Conta de Energia	0,00	0,00
Total					53,85	100,00

Version 20.0.0 (Rev. 5/2017) 5/18/2017

ATENÇÃO

- Sua unidade foi fabricada como classe B, com uma despesa de R\$ 27,34
- Leitura confirmada

Futuras em atraco

FARABA

1. **Nome:** [REDACTED]
 2. **CPF:** 12-73-295-4480
 3. **Matrícula:** 813547-2017-07.2

VENCIMIENTO
27/07/2017

TOTAL A PAGAR
RS 55,86

83610000000-6 55860054000-6 08136472017-7 07200730018-8



RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



**ARMATÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO
ESTADO DA PARAIBA
AUTENTICAÇÃO**

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, dou fé F.m Test. HMS
a verdade: 2010

Grade. 110, 2017

SELO DIGITAL: **AFR4810-5369** - **MARCA MASS**
 Consulte a autenticidade em <http://selodigital.cbrj.br.br> **ESCRIVENTE**

REFERENCES



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE MATIAS DE LIMA,RG nº 1.914.093, data de expedição 05/09/2011,Órgão SSDS, portador do CPF nº 022.194.244-05,com Domicílio na cidade de Remígio, no Estadode PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SENEÃO CANANEIA,nº 52, complemento, CENTRO, declaro, sob as

penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima

MAYRA SANTOS BELARINO, cujo o condutorera EU MESMO (ALEXANDRE MATIAS DE LIMA).Veículo.....: HONDA / POP 100, Cor PRETA,Ano.....: 2008 / 2009Modelo.....: POP / 100Placa.....: MON 1205Chassi.....: 9C14B02109RC08206Data do acidente.: 22/07/2017Local e data: Remígio, 31 de Outubro de 2017

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFREx Alexandre Matias de Lima

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUT

(Assinar e Reconhec



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio, PB

ESCREVENTES: ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes☐ Mécia Maria Serafim dos Santos☐ Maria Selma da SilvaReconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Alexandre Matiasde Remígio

Conforme cartão de autógrafo de arquivos deste Cartório.

Dou fé Remígio, 01/11/2017

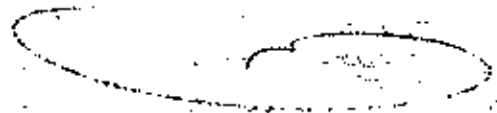
"SELO DIGITAL AFU71646-3GKQ" ESCRIVENTE

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

Data da internação: 22/07/2017 Hora: 20:58:14



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE MAYRA SANTOS BELMINO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1473013	
7 - CARTÃO DO SUS 706001895472540		8 - DATA DE NASCIMENTO 13/06/2000	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐		10 - TELEFONE DO CONTATO Nº DE TELEFONE 83 99589166	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GIDELMA DA SILVA SANTOS		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) LINDOLFO DE AZEVEDO, 51, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Remígio		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 251270	15 - UF PB
		16 - CEP 58398000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de queda de moto, mulher com dor no abdômen e edema			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Agravamento Clínico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico + E. Tórax			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL At. Miopia PZ G		21 - CID 10 PRINCIPAL 	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Agravamento Clínico		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (R) CNES () CPF 	29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/07/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		
37 - Nº DO GILNETE 		38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNIE DA EMPRESA 	41 - CBOE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 1473013	
		50 - DATA DE VALIDADE 8 NOV 2017	
		51 - NOME DO SEGURADOR CAIARE	



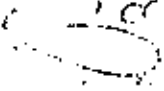
Handwritten text, possibly a signature or name, located in the middle left section.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the middle left section.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the middle left section.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the middle left section.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the middle left section.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

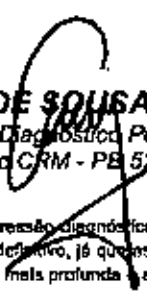
HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>MAYRA SANTOS BELMINO</u>			IDADE	SEXO <u>F</u>	COPIA <u>P</u>
DATA: <u>21/04/14</u>	DISSOLUÇÃO ARTERIAL: <u>110x70</u>	PULSO: <u>90</u>	RESPIRAÇÃO: <u>SPONTANEO</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA <u>N</u>	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>REMEDIADO ESTÁVEL</u>					ELETROCARDIOGRAMA: <u>YES</u>		
AP. DIGESTIVO: <u>URGÊNCIA</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <u>CONS C</u>			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>NEGA</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO DO OPERATÓRIO: <u>PLAT. EXOSTO TORNOZELO</u>					ESTADO FÍSICO: <u>Pte</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDICAÇÃO	
LÍQUIDOS						Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____	
						Laringo espasmo: _____ Lentia: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
		Outros: _____					
CÓNGOS						MANUTENÇÃO	
VP ARTERIAL: O - 10 - 0 - RESPIRAÇÃO						00.31/min	
AX - ANEST. - 0 - OPERAÇÃO						0.0000 100mg	
						0.0000 100mg	
		ANESTESIA SATISF. <u>Sim</u> Não					
		Não, por quê? _____					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
		Outros: _____					
		Com cânula: _____					
		Para o Leito Sim _____ Não _____					
		CONDIÇÕES:					
POSICÃO	<u>210-0</u>					RECEBIDO 28 NOV 2017 GRUPO SEGURADOR PERDA SANCIONADA	
AGENTES	<u>NOX. HIP. OSI. 10mg + MORFINA 0,08mg</u>						
TÉCNICA	<u>PRACELI</u>						
OPERAÇÃO	<u>REDUÇÃO + FIXAÇÃO FRAT. TORNOZELO GSO</u>						
CRURGIÕES	<u>JUVENIL</u>						
ANESTESISTAS	<u>PELIX SANTOS LÓCO</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							

NOME: MAYRA SANTOS BELMINO

DATA: 11.08.17

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO AP E PERFIL

Controle radiológico pós-operatório de redução de fratura.


Dr. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PE 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

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

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 573 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23/07/17 A 24/07/17 NECESSITANDO DE
02 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 24/7/17

Ass. Eduardo Araujo Moraes
Ass. do Médico Traumatologista
CRM nº 10.555

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



02
SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MAYRA SANTOS BELMNO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000348255
Data: 23-07-2017 12:08
Idade: 0 dia
RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Destino: BNP 07 - L 04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLTA: 23/07/2017 12:32]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.68 milhões/mm ³	10.0 a 18.0 q/dL
Hemoglobina.....	12.0 g/dL	27.7 a 58.1 g/L
Hematócrito.....	36 %	26.0 a 100.0 fL
V.C.M.....	98 fL	21.0 a 37.0 pg
H.C.M.....	33 pg	20.0 a 35.0 g/dL
C.H.C.M.....	33 g/dL	

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.000 /mm ³	4.300 a 19.300 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	360
Segmentados.....	80,0	9.600
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	15,0	1.800
Típicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	240
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	191.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 23/07/2017 13:44 - Página 1 de 2



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Marcelo Silva Registro: 00000000000000000000 Leito: 2-3 Setor Atual: Cardio II

Sinais vitais: Tax: 98 °C; P: 60 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 60 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 170 mg/dl; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: () Local: 0 Obs.: 0

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº 0 Comissura labial nº 0 FIO2 0 % PEEP 0 cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno 0 / 0 / 0 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7.38 PCO2 35 PO2 98 HCO3 22 EB 0 SpO2 98 Data: 08 / 11 / 2017 Hora: 14

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGUADOR
BBM ACPRE

Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: MIE / INZ	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente segue aguardando cirurgia.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 23/07/17	HORA: 17:15 h
Lorena Karla Almeida Silva ENFERMEIRA CRE-109-438.413	

PACIENTE:	MAYRA SANTOS BELMIRO
DATA DO EXAME:	22/07/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Pequena quantidade de líquido livre em escavação pélvica, achado não necessariamente patológico em pacientes na menaeme. Correlacionar com dados clínicos e laboratoriais e, à critério clínico, prosseguir investigação com TC de abdômen com contraste.

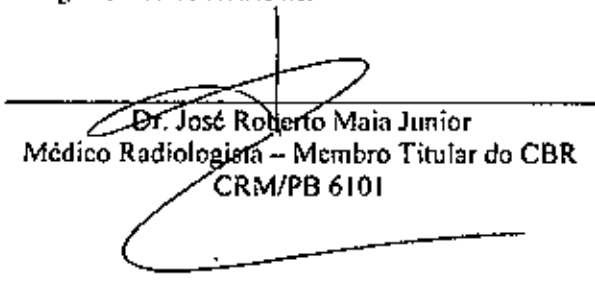
Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Júnior
Médico Radiologista - Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101

Hospital: de Emergência e Traumatismo de 2ª Categoria Código: _____
 Procedimento: Tat. Cir. Elétrica de Febre Tiroide Cód. Procedimento: _____
 Paciente: Alisson Santos Almeida
 Data da Cirurgia: 22/02/17 Nº prontuário: 1452135 Convênio: _____
 Cirurgião: Dr. F. Almeida Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	biomaterials 10 unidades			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Cortical () mm	Nº									
	Qtd									
	Cód									
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº									
	Qtd									
	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 OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

RECEBIDO

Anotações do Médico

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Marys Santos Belmino SN: 13/06/00						GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
		S.U.S.	17a	1472973			
CIRURGIA: Red. cirúrgica com fixação externa de fratura				CIRURGIÃO: Dr. Flávio			
ANESTESIA: Lequi				ANESTESISTA: Dr. Felix			
INSTRUMENTAÇÃO		DATA	INÍCIO	FIM			
Dorsal		22/07/17	23:30	00:05			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS			
	Adrenalina amp.			Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix			
	Diazepam amp.			Catgut cromado Sertix			
	Dimora amp. 0,2			Catgut Simples			
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix			
	Eirane ml			Catgut Simples Sertix			
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix			
	Fentanil ml			Cera pl/osso			
	Ingua ml			Ethibond			
	Ketalar ml			Ethibond			
	Mercoine 10ml			Ethibond			
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix			
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix			
	Protigmine amp.			Fio de Algodão Sutupak			
	Protóxido 1m			Fio de Algodão Sutupak			
	Quelictin ml			Fila cardíaca			
	Rapifen amp.			Mononylon			
	Thionembulal ml			Mononylon			
	Trocurium amp.			Prolene Sertix			
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS			
	Água Destilada amp.			SG Normotérmico fr 500 ml			
	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml			
	Dipirona amp.			SG Hipertérmico fr 500 ml			
	Flaxidol amp.			SG Ringr fr 500 ml			
	Flebocortid amp.			SG fr 500 ml			
	Geramicina amp.						
	Glucose amp.						
	Glucon de Cálcio amp.						
	Haemacel ml.						
	Heparema ml.						
	Kanakion amp.						
	Lasix amp.						
	Medrolinazol.						
	Plasil amp.						
	Protamina						
	Revivan amp.						
	Sturplanon amp.						
	Cefalotina 1g						
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	EQUIPAMENTOS			
	Agulha desc. 25 x 7			Oxímetro de Pulso			
	Agulha desc. 28 x 28			Foco Auxiliar			
	Agulha desc. 3 x 4,5			Serra			
	Agulha pl/raque nº 25			Desfibrilador			
	Alcool de Enfermagem			Foco Elétrico			
	Alcool Iodado ml			Fonte de Luz			
	Aladuras de Crepon			Foco Auxiliar			
	Aladuras de Gessada			Eletrocautério			
	Azul metileno amp.			Oxicapiógrafo			
	Benzina ml			Cardiomonitor			
				Perfurador Elétrico			

BOCORUANTE RESPONSÁVEL
Salmie



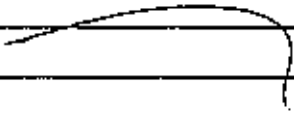
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>May no Santos Bernardino</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Luiz Jovane</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>200</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura luxação de 4-2-6</i>			
Tipo de Operação <i>Redução aberta + fixação externa</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Assépsia + Antiseptia
2. Pesquisa campos cirúrgicos
3. Drenagem incisional sob vácuo
4. Pesquisa de orifícios externos tipo Delt
5. Curativo local



Arquivo
Biblioteca
Fundação
1937-1938

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

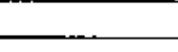


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Maura Santos Belmino</u>	Idade: <u>17</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>23/07/17</u>
Procedimento: <u>Fratura Yernozelo</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Junécio</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Felix</u>	
Início: <u>23:30</u>	Término: <u>0:05</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	RECEBIDO
	28 NOV 2017
	GRUPO SEGRADOR BBMAFRE

Assinatura Anestesista: 

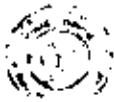
Circulante: _____

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		50



Assinatura do anestesista



Formulário de Avaliação de Risco de Queda

Critérios para a avaliação de risco de queda		Pontos	
HORA SAÍDA	HORA ENTRADA	1. Condição clínica atual	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4
		2. História de quedas	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		3. Uso de medicamentos	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		4. Alteração de nível de consciência	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		5. Alteração de nível de hidratação	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		6. Alteração de nível de oxigenação	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		7. Alteração de nível de temperatura	0 = 0 1 = 1 2 = 2
		8. Alteração de nível de pressão arterial	0 = 0 1 = 1 2 = 2
TOTAL DE PONTOS			

[Handwritten signature]

Assinatura do médico responsável

Data da Interação: 22/07/2017 Hora: 20:58:14

 SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
MAYRA SANTOS BELMINO	1473013
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
706001895472540	13/06/2000
9 - SEXO	10 - TELEFONE DE CONTATO
☒ MASC ☐ FEM	83 99589166
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
GIDELMA DA SILVA SANTOS	LINDOLFO DE AZEVEDO, 51, CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
Remígio	251270
15 - UF	16 - CEP
PB	58398000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente vítima de queda de moto involving com dor no braço @ e edema	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Anatomamento Cirúrgico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Raio-X braço + G. F. F. F.	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
Fratura de braço @	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Anatomamento Cirúrgico	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - CLÍNICA
	02
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF
	980016296973832
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	JOSE RENNA GOMES DA SILVA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
22/07/2017	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
	() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
11	
RECEBIDO 8 NOV 2017 GRUPO SEGURO BOMAPRE	



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

 SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CRES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CRES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
			16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - Cód. ICD 10 PRINCIPAL	24 - Cód. ICD 10 SECUNDÁRIO	25 - Cód. ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CIDDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CIDDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CIDDE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

RECEBIDO

28 NOV 2017

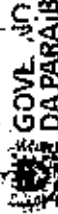
**GRUPO SEGURADOR
BRMAFPRF**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF			



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1472973 CLASS. DE RISCO: **EMERGÊNCIA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Marinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/07/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça

CEP: 58398000 Nascimento: 13/06/2000

PACIENTE: MAYRA SANTOS

BELMINO

Endereço: R. INDOLO DE AZEVEDO

Cidade: Remígio

RG: 4308100

Nome da Mãe: GIDELMA DA SILVA SANTOS

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 22/07/2017

Horário: 19:31:24

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

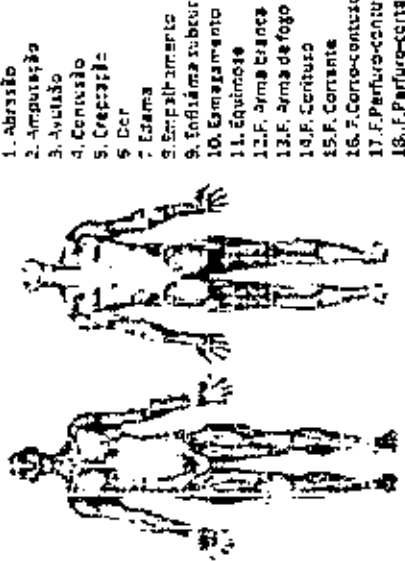
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

http://10.1.1.148/projetohtcc/impurgencia.php?contar=1472973

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

SERVICIOS REALIZADOS:

28: NOV 2017

GRUPO SEGUADOR
BRIMAFRE

Centro de Urgência
Hospitalar (La reuela)
Operação Médica

)Transferência para outro SETOR ou HOSPITAL

X Giuliana de Alencar Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

MF Periods with a record
03/12 to 11/12, approximate time
to form of Period end - 11/12
one supervisor ③ & communication
lateral ③, position. date - when
in date 11/12, position
operative - 12.

Sutton at Lewis;
Chamberlain at his house;
Chamberlain same place
W. S. Kim;
Attn Brof;

Alvaro G. Pascual
Mauricio
RUSP: 165818

Roberto Pinheiro
Cirurgião Buco - 1280110 - Foz de Iguaçu
C.R.C. - F.R. 1.398

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

22/07/2017

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

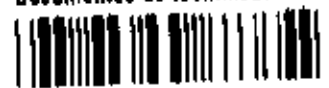
Diagnóstico: fratura de humerus
sinistra (E)

Paciente: MAYRA DAVES BELMIR Leito: 14 Convênio: 14

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. 14/05/2014	1. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		# <u>Interrogatório</u>
2. 15/05/2014	2. Soro: <u>Soro fisiológico 0,9% NaCl</u>		
3. 16/05/2014	3. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
4. 17/05/2014	4. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
5. 18/05/2014	5. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
6. 19/05/2014	6. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
7. 20/05/2014	7. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
8. 21/05/2014	8. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
9. 22/05/2014	9. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
10. 23/05/2014	10. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
11. 24/05/2014	11. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
12. 25/05/2014	12. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
13. 26/05/2014	13. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
14. 27/05/2014	14. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
15. 28/05/2014	15. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
16. 29/05/2014	16. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
17. 30/05/2014	17. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
18. 31/05/2014	18. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
19. 01/06/2014	19. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
20. 02/06/2014	20. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
21. 03/06/2014	21. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
22. 04/06/2014	22. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
23. 05/06/2014	23. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
24. 06/06/2014	24. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
25. 07/06/2014	25. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
26. 08/06/2014	26. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
27. 09/06/2014	27. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
28. 10/06/2014	28. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
29. 11/06/2014	29. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
30. 12/06/2014	30. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
31. 13/06/2014	31. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
32. 14/06/2014	32. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
33. 15/06/2014	33. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
34. 16/06/2014	34. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
35. 17/06/2014	35. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
36. 18/06/2014	36. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
37. 19/06/2014	37. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
38. 20/06/2014	38. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
39. 21/06/2014	39. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
40. 22/06/2014	40. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
41. 23/06/2014	41. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
42. 24/06/2014	42. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
43. 25/06/2014	43. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
44. 26/06/2014	44. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
45. 27/06/2014	45. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
46. 28/06/2014	46. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
47. 29/06/2014	47. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
48. 30/06/2014	48. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
49. 01/07/2014	49. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
50. 02/07/2014	50. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
51. 03/07/2014	51. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
52. 04/07/2014	52. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
53. 05/07/2014	53. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
54. 06/07/2014	54. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
55. 07/07/2014	55. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
56. 08/07/2014	56. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
57. 09/07/2014	57. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
58. 10/07/2014	58. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
59. 11/07/2014	59. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
60. 12/07/2014	60. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
61. 13/07/2014	61. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
62. 14/07/2014	62. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
63. 15/07/2014	63. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
64. 16/07/2014	64. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
65. 17/07/2014	65. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
66. 18/07/2014	66. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
67. 19/07/2014	67. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
68. 20/07/2014	68. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
69. 21/07/2014	69. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
70. 22/07/2014	70. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
71. 23/07/2014	71. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
72. 24/07/2014	72. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
73. 25/07/2014	73. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
74. 26/07/2014	74. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
75. 27/07/2014	75. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
76. 28/07/2014	76. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
77. 29/07/2014	77. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
78. 30/07/2014	78. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
79. 31/07/2014	79. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
80. 01/08/2014	80. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
81. 02/08/2014	81. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
82. 03/08/2014	82. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
83. 04/08/2014	83. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
84. 05/08/2014	84. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
85. 06/08/2014	85. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
86. 07/08/2014	86. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
87. 08/08/2014	87. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
88. 09/08/2014	88. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
89. 10/08/2014	89. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
90. 11/08/2014	90. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
91. 12/08/2014	91. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
92. 13/08/2014	92. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
93. 14/08/2014	93. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
94. 15/08/2014	94. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
95. 16/08/2014	95. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
96. 17/08/2014	96. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
97. 18/08/2014	97. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
98. 19/08/2014	98. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
99. 20/08/2014	99. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		
100. 21/08/2014	100. Analgésico: <u>Paracetamol 500mg</u>		

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes
 CRM 8637 PB

[illegible]



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 4.308.100	DATA DE EXPEDIÇÃO 05/02/2015
NOME MAYHA SANTOS BELMIRINO	
FILIAÇÃO CARLOS TADEU BELMIRINO DE SOUZA GIDELMA DA SILVA SANTOS	
NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO 13/06/2000
DOC OPKEM	
NASC.N.16647 FLS.258 LIV.A18	
CARTORIO REMIGIO-PB	
130.685.284-61	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.115 DE 29/08/83	

CARTÓRIO ÚNICO DE REMIGIO
ESTADO DA PARAIBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, dou fé F.m Test. HMS
de verdade.

Remigio 26/10/2017

HMS
Mércia Mª Serafim dos Santos
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AFR48811-
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
P-150	
 	
Mayha Santos Belmirino	
CARTeira DE IDENTIDADE	

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BRMAFPRE

Documentos de Identificação



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10924462

USO OBRIGATORIO
IDENTIFICAR CRED. PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(art. 13, par. 4º da Lei nº 8.112/90)



EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

17980



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

ANTONIO PAULINO DO NASCIMENTO

TEOTONIA MARIA DE LIMA

SAO PAULO SP

2958281 SSP/PB

053.639.084-07

01/01/2013

01/01/2013

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BMAFPRE

Documentos de Identificação



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10924462

USO OBRIGATORIO
IDENTIFICAR CÍVEL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(art. 13, par. 4º da Lei nº 8.988/94)



EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO



17980



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

ANTONIO PAULINO DO NASCIMENTO
TEOTONIA MARIA DE LIMA

SAO PAULO SP

2958281 SSP/PB

SIN

053.639.084-07

17/09/1983

01 18/01/2013

JOSE FERNANDA CAVALCANTE BORGES

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BMAFPRE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 98249 DATA DE EMISSÃO 30 ABR 2000

NOME GIDELMA DA SILVA SANTOS

PAISAL José Antonio dos Santos
Maria do Carmo da Silva Santos

Remígio-PB 23/05/1981

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. nº 8.279, Fls. 527, Liv A-9.

CNP

João Pessoa - PB

SECRETARIA DO REGISTRO CIVIL

LEI Nº 3.114-05/2000

CARTÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, dou fé F.m Test. MMSS
e verdade.

Remígio 26/10/2017

MMSS
Mércia Mª Scárlin dos Santos
FSCREVENTE

SELO DIGITAL: PPA 48811-53 9
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.150

gidelma da Silva Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

043.834.104-05

Nome

Nascimento



RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD - RENAVAM Nº 013028249293
SERVIÇO 00980959054-100000000000-2017

ALEXANDRE MATIAS DE LIMA

02219424405 PLACA MON1205/PB

NOVO COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLETA APENAS

HONDA/PAIÃO

2- COTA ÚNICA / COTA ÚNICA

1- COTA ÚNICA / COTA ÚNICA

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TAFIFARIO (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

FICUT - PB LOCAL DATA

14346 15520

DETRAN

CONTRAN

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

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

PB Nº 013028249293 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEXANDRE MATIAS DE LIMA

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

02219424405 SAC DPVAT 0800 022 1205 / PB

www.seguradorafideicom.br

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

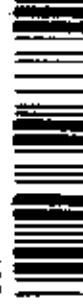
02219424405

02219424405

02219424405

02219424405

DUT



Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidoz Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente MAYRA SANTOS BELMINO		Nome da Vítima MAYRA SANTOS BELMINO	CPF da Vítima 13068528461
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) (Cópia autenticada) 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 Doclos, Entregues e Observações *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *PROCURAÇÃO; *PROTOCOLE DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTS; *CIRCULAR SUSEP. DU	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☒ Comproventes 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	



0129256

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

RECEBIDO

28 NOV 2017

GRUPPO ASSICURAZIONE
BBMAFPRE



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYRA SANTOS BELMIRO
DATA DO ACIDENTE 22/09/2017 CPF DA VÍTIMA 130.685.284-61
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂMETRO COM A VÍTIMA É MÃE - GIDEANA DASILVA SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA LINDALFO ALBUQUERQUE DANTAS
Nº 77 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
CIDADE RECIFE UF PE CEP 58598-000
E-MAIL TELEFONE (83) 9939.9166

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234



Alexandre Matias de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.914.093- 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2011

NOME
ALEXANDRE MATIAS DE LIMA

FILIAÇÃO
ANTONIO MATIAS DO NASCIMENTO
FRANCISCA MARIA DE LIMA MATIAS

NATURALIDADE
ESPERANÇA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/07/1975

DOC ORIGEM
NASC.N.869 FLS.163V LIV.A/2
CARTORIO REMIGIO-PB

DPR
022.194.244-05

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 2008/83

CEBIDO

08 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
COMAFRE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MAYRA SANTOS BELMINO, MENOR REPRESENTADA POR GIDELMA DA SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CASADA
PROFISSÃO: AGRICULTORA **Nº DO RG:** 2.798.244
ORGÃO EMISSOR: SSPB **DATA DE EMISSÃO:** 10 / 08 / 2000
Nº CPF: 043.834.104-05 **ENDEREÇO:** RUA LINDOLFO AZEVEDO
DANTAS, 71, REMÍGIO - PB, 58398-000, FONE (83) 99958-9116

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956281
ORGÃO EMISSOR: SSP PB **DATA DE EMISSÃO:** 1 / 1 /
Nº CPF: 053.038.084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENITO VITORINO, 123
CENTRO REMÍGIO - PB, (83) 996232960

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário MAYRA SANTOS BELMINO / GIDELMA SILVA SANTOS, 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.

_____ de _____ de 20 _____ 28 NOV 2017

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

Gidelda da Silva Santos
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, p



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES: ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes

☐ Márcia Maria Serafim dos Santos

☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Gidelda da Silva Santos

Conforme certão de autógrafo de arquivado neste cartório.

Dou fe Remígio, 01/11/2017

Maria do Socorro Barbosa Fernandes

SELO DIGITAL: AF071645-C19L

ESCREVENTE

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