

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 09/09/2017 12:50



Nome Paciente: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/11/1995
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: OR0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/09/2017 13:06 - 09/09/2017 13:08

KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: ☐ AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM 5º QDE APÓS TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

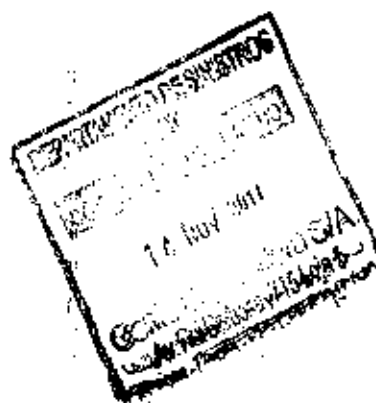
Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG



Acolhido(a) por: KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/09/2017 13:08



PERNAMBUCO
ESTADO DO BRASIL

Alex. Silva do
Nascimento

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CAXANGÁ

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 HS
Claydon Santos
Arquivista - Mat. 1984

Hospital Inf
Maria Lucin
Fonolito Manoel da Silva A

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA NGC 525258

Nome do Paciente:

IDENTIFICAÇÃO

Alex. Silva do Nascimento

Idade: 21 A.

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

Caxangá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

paciente masculino, de 21 anos, de Caxangá, PE, com queimadura de 1º grau no antebraço direito.

Hipótese Diagnóstica:

queimadura de 1º grau de 1º grau

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50

Criança 20-30

Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Alex Silva do Nascimento 02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

CARTÃO HUS:

CLÍNICA: Ortopedia

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

1063120

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F. ☐ M. ☒

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura exposta 5ª Q.D.

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Amputação

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 10.9.12

DATA DA ALTA: 11.9.12

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CRX:

CARIMBO/RECEPÇÃO/FATURAMENTO

GOD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	GERURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

AGNADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Fratura exposta 5ª Q.D.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

idem Retornar com 4 dias

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ DURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: ☐ CETO: ☐ BAL ☐ SVO ☐ ZO:

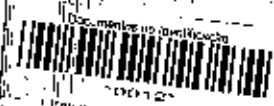
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

Dr. Carlos R. P. Rihan
Ortopedia-Traumatologia
CRM 15.463

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/ rubrica

Hospital General San Martín s/n - Córdoba
Pacientes - CEP 60.000-000
Fone: 0800 3184880



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE

NOME: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 924.9736-808
RG: 706.252.774-70
DATA DE NASCIMENTO: 18/11/1985
FILIAÇÃO: JOSE ESTEVÃO DO NASCIMENTO
MELIA MARIA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA... Nº...
Cidade: ... Estado: ...
CEP: ...
Data de Emissão: 26/08/2011
Data de Validade: 26/08/2014
Assinatura: [Assinatura]

1107535101

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE NÃO VERIFICADO
14 NOV 2011
Cia Seguradora S/A
Rua... nº...
Cidade... Estado...
CEP: ...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE NÃO VERIFICADO
14 NOV 2011
Cia Seguradora S/A
Rua... nº...
Cidade... Estado...
CEP: ...

208657517

018 923 240-39

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013726067263
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM RINTEC EXERCÍCIO
1 1116735331 2017

NOME
ALEX SILVA DO NASCIMENTO

RECIFE PE

704 252 774 00 PCL3955

PLACA ANT. 9C2JC6900HR306875

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

PAS. (MOTOCICLETA)
HONDA/CG 125I PAN

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125I PAN

CAP. POT. QIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
25/129CL PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2017 QUITADO 1

PAGAMENTO COTAS
2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) JOP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL FID ACETAYMORE CRED FIN INV

RECIFE 12/10/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OLINAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726067263 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEX SILVA DO NASCIMENTO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 12/10/17

VIA CPE (CNP) PLACA
704 252 774 70 PCL3955

RENAVAM MARCA/MODELO
1116735331 HONDA/CG 125I PAN

AND.FAB. CATEG. COTAS
2017 08 9C2JC6900HR306875

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) JOP (R\$) TOTAL SEMPRE PAGO SEMPRE PAGO

SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITACAO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.240.000/0001-01

DESACQUE - GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS
10 NOV 2017
GOMES SOUZA S/A
1116735331



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



Outorgante: ALEX SILVA DO NASCIMENTO, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão MM. PEDISTA, residente e domiciliado à Rua BARÃO DO ARIARIBE, nº 45, bairro DOIS IRMÃOS, Município de PELOTA, Estado PE, Cep. 52171-160, Rg nº 7299790, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 704252779-70

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alex Silva do Nascimento, ocorrido em 09/09/2014, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

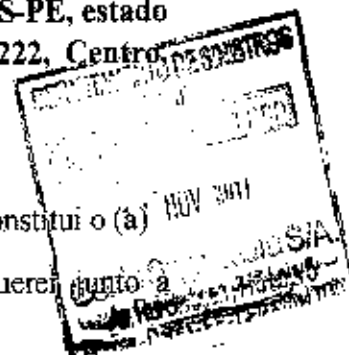
Peixe de 10 de 2016.

Alex Silva do Nascimento

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIAL
Praça Cayanga, 348 - Ipiranga - CEP: 50.670-006 - Fone: (51) 3422.1231
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de ALEX SILVA DO NASCIMENTO, lançada em minha presença, em 09 de outubro de 2016, na verdade e fielmente autorizada por Daniela Ramos de Souza (representante autorizado)
Emol.: R\$ 3,88 / TSNR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,66
Selo 0876240.046110291702/03222



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170616208**

Vitima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170616208**.

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 12002596



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Nº Sinistro: 3170616208
Vitima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170616208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3170616208**
Vítima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **09/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170616208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 09 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12370811

A/C: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170616208
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001030

Conta: 000000064659-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º quirodáctilo direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, limpeza, redução e fixação por 2 fios de kirschner. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 40425274490 Nome completo da vítima: Alex Silva do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Alex Silva do Nascimento</u>		CPF titular da conta	<u>40425274490</u>	Profissão	<u>Homem</u>	
Endereço	<u>Rua Nóbis Capitão</u>		Número	<u>245</u>	Complemento	<u>—</u>	
Bairro	<u>Itatia dos Leites</u>	Cidade	<u>Parife</u>	Estado	<u>Per</u>	CEP	<u>62141160</u>
Email	<u>mujensenioria02@gmail.com</u>		Telefone (DDD)		<u>(81) 984637836</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (1341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: AC3C D/V: 00064659 C/V: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

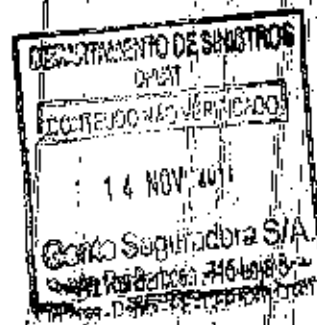
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Parife 18 de Outubro de 2014
Local e Data

Alex Silva do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silva do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.919.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 740425274470 residente e domiciliado na Rua Wey. Capibonise nº 415, Jatoá dos pinos Cidade Perife Estado Pernambuco, 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:

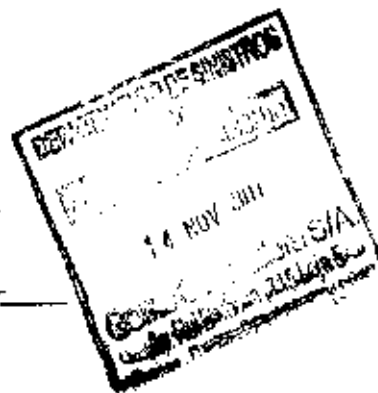
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

Alex Silva do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Perife, 18 de Outubro de 2014

Local e data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000064659-6

Nr. da Autenticação F64423E2960C3E37

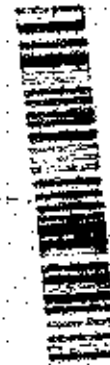


(81) 3446.7458
(81) 99866.8833
(81) 98463 7835

CTC RECIFE PE CIOB / CDD CASA AMARELA PE

1.117/01

20026276640
ALEX S NASCIMENTO
R DOBR CAPIBARIBE 45
SITIO DOS PINTO
52171-160 RECIFE - PE



7408288526390960000000111730160417

OSM/RECEBIMOS DE SEUS PAGOS
DATA: 14 NOV 2011
CONTABILIZADO EM: 14 NOV 2011
S/A



Código do Cliente Nº: 165996040

Serviços do TV por Assinatura	107,13
Lançamentos Diversos	2,69

PERÍODO DE USO: 15/08 a 14/09/17

VALOR TOTAL A PAGAR: 109,82

VENCIMENTO: 15/08/17

CONTA DETALHADA

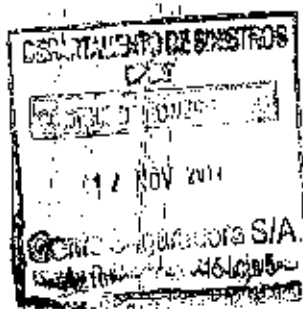
Item	Serviços de TV por Assinatura	Valor	Período	CCI	Aliq. ICMS
1	PACOTE NEW SKY LIGHT II S	107,13	15/07/2017-A 14/09/2017	1003	25%
SUBTOTAL		107,13			
Item	Lançamentos Diversos	Valor	Período	CCI	Aliq. ICMS
2	Juros por Atraso no Pagamento	0,35	15/07/2017-A 24/07/2017	804	0%
3	Multa por Atraso no Pagamento	2,34	15/07/2017-A 24/07/2017	805	0%
SUBTOTAL		2,69			

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÕES Nº 51345B SÉRIE: 9 CFOP: 6307 DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

SKY BRASIL SERVICOS LTDA CNPJ: 00497573000110 I.E.: 114454231119
Av. dos Mucoscos Unidos 1250 - Brás - São Paulo - SP - 05209-010 WWW.SKY.COM.BR/AUTOATENDIMENTO

CLIENTE AYANE KARLA GUEDES PEREIRA / CPF/CNPJ: 084781497 I.E. ISENTO 57% CLIENTE: 3
VICARIO HENRIQUE 222 CENTRO LYNDA PALEP 5587000

VALOR DA NOTA FISCAL R\$ 1.000,00	ESPECIE C/C CANCELADO R\$ 1.000,00	PORCENTO 20,00 %	VALOR DO LANC R\$ 200,00	SERIES R00001	OUTRAS R\$ 200,00	RECURSO DO D.O. FABRICATO DO FISCAL/CONTABIL
---	--	---------------------	-----------------------------	------------------	----------------------	---

[illegible]

Sócio total para pagamento: Sua futura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento SKY em WWW.SKY.COM.BR.
Encargos Por Atualização Gerado Controlados Na Próxima Fatura

América do Meio Oriente
Paraíso do Futuro

[illegible]

CLIENTE: ARIANE KÁRIA GUÉDES PEREIRA
Código de Verificação Autenticação: 155996340
Período de Uso: 15/08 a 14/09/17

TOTAL R\$ R\$ 109,62
Vencimento 15/08/17

84830000001-0 09820379016-3 59960400400-2 30775821322-7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 alínea da respectiva documentação comprobatória.

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

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 Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Silva de Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.252.394 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetros da Vítima Alex Silva de Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.252.394 / 40, 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 Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Virgílio Henrique</u>	Número	<u>222</u>	Complemento	_____
Cidade	<u>Centine</u>	Estado	<u>AM</u>	CEP	<u>558-7000</u>
Email	_____	Telefone comercial (DDD)	_____	Telefone celular (DDD)	_____

Perife 18 de Outubro de 2014
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante