

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730151

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730956

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17
Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA
Data Acidente: 08/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11731238

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11731270

A/C: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11732518

A/C: MARIA MADALENA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Prova de companheirismo não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **08/05/2016**
Cobertura: **MORTE**

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 3170522587**.

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 12583147



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA MADALENA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3170522587**
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **08/05/2016**
Cobertura: **MORTE**

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 3170522587**.

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 12583148



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **08/05/2016**
Cobertura: **MORTE**

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 3170522587**.

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 12583166



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **THIAGO ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **08/05/2016**
Cobertura: **MORTE**

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 3170522587**.

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 12583198



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3170522587**
Vitima: **JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **08/05/2016**
Cobertura: **MORTE**

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 3170522587**.

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 12583205



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.

FL. MARIA MADALENA DE ARAÚJO
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.145.246 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 17/06/11 E
CPF 013.258.614-4 (CNPJ) 013.258.614-4 /PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(**) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constatar o 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 revogou-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2443-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.862-2

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.

São Miguel do Ipiranga, 15 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

Maria Madalena de Araújo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0231104.



INCURPR
22 SET. 2017

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENC. _____



ASSINATURA

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

EU, JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.338.273 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 13/07/15 E
CPF 711667294-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA 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 empresário) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0625-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.205-5

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.

S. Miguel TAPIA 15 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

11/09/2017
062517539

BANCO DO BRASIL - 11

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE B DE ARAUJO RIBEIRO

AGENCIA: 0625-4 CUNTA: 24.205-5 VAR:51

DATA 11/09/2017

NR. DOCUMENTO 6.251.753.900.300

VALOR DINHEIRO 

VALOR TOTAL 

NR. AUTENTICACAO 6.AB4.D89.0A8.1CE.862

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

INCUR/PB

22 SET. 2017



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 031/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 031/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 9 de agosto de 2016, nesta cidade de São Miguel de Taipu, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO A DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, agente de investigação de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 3:15 , compareceu a Sr(a). **MARIA MADALENA DE ARAÚJO**, brasileira, natural de São Miguel de Taipu/PB, solteira, nascida aos 26/04/1976, com 40 anos, RG 2145246 SSDS-PB, CPF nº 032.586.144-74, alfabetizada, filha de pai não declarado e Severina Odilon de Araujo, residente na Rua Gildo Nóbrega, nº 26, Centro, São Miguel de Taipu-PB, telefone nº (83)9 8856-1965, **NOTICIOU**:

Que conviveu maritalmente com JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, PORTADOR DO RG Nº 2.539.286 SSDS/PB; Que na data de 08/05/2016 JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA fora vítima de acidente de moto; Que sabe dizer que na data do fato estava chovendo e que nas proximidades das pedras grandes em Água Branca, na Zona Rural de São Miguel de Taipu, o motorista da motocicleta provavelmente perdeu o controle da moto e seu companheiro caiu ao solo; Que o companheiro da declarante foi socorrido para o Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé, onde foi medicado e encaminhado para casa; Que a declarante ainda levou seu companheiro nos dias 09 e 10 de maio do corrente ano ao Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé (UPS), onde foi medicado e encaminhado para casa; Que na data de 11/05/2016 o seu companheiro continuava sentindo fortes dores e febre e se dirigiu ao Hospital de Itabaiana de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa-PB, onde foi submetido a procedimento cirúrgico; Que na data de 13/05/2016 seu companheiro JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA veio a óbito no Hospital de Trauma; Que segundo certidão de óbito nº 06888201552016400131018003470899 consta como causa da morte TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPULTAÇÃO TRAUMATICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, AÇÃO- CONTUNDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (ACIDENTE MOTOCICLISTICO – QUEDA- VÍTIMA-CONDUTOR). Nada mais havendo a tratar, motivo pelo qual faz a presente notificação.

Ciente **Erro! Fonte de referência não encontrada.** declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de São Miguel de Taipu/PB, aos 9 de agosto de 2016, eu agente de investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

Maria Madalena de Araujo

MARIA MADALENA DE ARAÚJO

Noticiante

[Assinatura]

ANA PATRICIA DE A. MEDEIROS

Agente de Investigação de Polícia Civil

JINCUR/PB

22 SET. 2017



7º Serviço Registral
Gomes de Souza
João Pessoa-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

JINCUR/PB

22 SET. 2017

MATRÍCULA:

0688820155 2016 4 00131 018 0034708 99

SEXO masculino	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 36 anos
NATURALIDADE/UF São Miguel de Taipu-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 078.942.414-23
ELEITOR — NÃO INFORMADO —		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) JOAO BATISTA DE SOUZA e MARIA ELIAS RIBEIRO. Residência na(o) RUA GILDO NOBREGA, Nº 26, BAIRRO PILAR, no município de Pilar-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de maio de dois mil e dezesseis - 15:40		DIA 13
		MÊS 05
		ANO 2016
LOCAL DO FALECIMENTO HOSPITAL DE TRAUMA no município de João Pessoa-PB		
CAUSA DA MORTE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, AÇÃO CONTUNDENTE, GANGRENA GASOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (ACIDENTE MOTOCICLISTICO- QUEDA- VITIMA CONDUTOR)		
NOME DO MÉDICO / CRM DRº FLÁVIO RODRIGUES ARAUJO FABRES - CRM: 5673		LOCAL DO SEPULTAMENTO CEMITERIO DE TIBIRI II, SANTA RITA-PB no município de Santa Rita-PB
DECLARANTE MARIA MADALENA DE ARAUJO, brasileira, solteira, com 40 anos de idade, AGRICULTORA, residente e domiciliada: RUA GILDO NOBREGA, Nº 26, BAIRRO PILAR, Pilar-PB, natural de São Miguel de Taipu-PB		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 16/05/2016, no Livro C-00131, Nº 34708, folha 18. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 244868433. O FALECIDO ERA AGRICULTOR, ERA ELEITOR, NÃO DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS, JOÃO LUCAS, MATHEUS HENRIQUE, JOSÉ BRUNO, THIAGO. CONFORME LIDO E ASSINADO PELA DECLARANTE		
NOME DO OFÍCIO SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA		
OFICIAL REGISTRADOR Irene Gomes de Souza		
MUNICÍPIO/UF JOÃO PESSOA-PB		
ENDEREÇO R. Reinaldo dos Santos, Qd. 15 Lot. 03 Bairro Trincheiras / e-mail: Irene.7centurio@hotmail.com/ JOÃO PESSOA-PB - CEP 58011315 Fone: (83)3221-6832 E-mail: Irene.7centurio@hotmail.com		

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
JOÃO PESSOA-PB, 16 de Maio de 2016

Gilbertânia de Lourdes Gomes da Silva
Gilbertânia de Lourdes Gomes da Silva
Escrivente Compromissada

Selo Digital: **ABY37054-PU7S**

Consulte a autenticidade em: <https://sealodigital.tjpb.jus.br>

ARPENBRASIL AA 002621600 BRP

MARIA MADALENA DE ARAUJO
RUA NOVA, 28 - CENTRO
SAC MIGUEL DE TAPUI/PB CEP: 5334000 (AG: 113)

Categoria/Subcategoria RESIDENCIAL: BARRAGEM MONOFÁSICA B-29, Km 25, Cid. Rêgo, Jd. Pescador PB CEP: 58211-680
Roteiro: B-10-38-5480 Referência: Abr/2016
Número do medidor: 93000724832 Emissão: 11/04/2016

ENERGISA PIA B. DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.903.000/0001-40 Ins. Est. 16.016.793-0

Assinatura Eletrônica do Cliente: 80013013098
Código para Dúvida: 80013013098

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 6/1351396-5

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2015 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere e dos anos anteriores.
- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo nº 10.428 de 28 de agosto de 2003.

Data prevista da próxima leitura

11/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

9258614474

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
10/3/16	11020	11/04/16	11211	31

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
01/04/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-ER	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-ER	70	0,27284	19,10
Consumo - 101 a 220kWh-ER	22	0,37191	8,19
Adic. B. Arreaga			0,81
Subsídio			2,86
ICMS			20,17
PIS			0,42
COFINS			1,66

22 ABR 2016

DIRETOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	114
Fev/16	114
Jan/16	121
Dez/15	108
Nov/15	101
Out/15	120
Set/15	106
Ago/15	108
Jul/15	97
Jun/15	94
Mai/15	113
Abr/15	113

Módulo de 0,01 kWh
100 kWh

VENCIMENTO
18/04/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 54,23

RESERVADO AO FISCO

878e.4528.f48.7e53.30fe.d716.5a29.a74e.

Indicadores de Qualidade

27/2016 - 16 dias

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	0,00	NOMINAL
DIA TRIMESTRAL		CONTRATADA
DIA ANUAL		LIMITE INFERIOR
PICT MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
PICT TRIMESTRAL		
PICT ANUAL		
DPIC		
QDPC		

Composição do valor total da sua conta

Determinação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia Elétrica	19,20	35,43
Contribuição Energia	26,27	48,45
Contribuição Transmissão	5,11	9,43
Encargos Sociais	1,11	2,05
Impostos Federais e Estaduais	2,70	5,00
Outros Serviços	1,00	1,85
Total	54,23	100,00

Valor do Subsídio (R\$) = 20,17 (R\$ 14,17)

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Banco Renda, sendo um débito de R\$ 21,85

(83) 9 9313 - 2725

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRORG nº 4.338.273, data de expedição 13/07/15, órgão SSR/PBCPF nº 711.667.294-00, 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 NOVA</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAO MIGUEL DE TAIPU</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58334-000</u>
Telefone de Contato	<u>INCURIPB</u>
E-mail	

72 SET. 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO MIGUEL TAIPU, 15/08/2017Assinatura do Declarante: José Bruno de Araújo Ribeiro

MARIA MADALENA DE ARAUJO
RUA NOVA 78 - CENTRO
SAO MIGUEL DE TAPU/PE CEP: 55740000 (AG: 113)

Conta/Subsistema: RESIDENCIAL / BARRA REI / CA MONOFÁSICO - B-220, KM 25 - CUBA RESERVA - 13340 PERNAMBUCO - CEP: 55071-020
Roteiro: B-10-38-5480
Número do: 00000720012
Referência: Jun/2017
Emissão: 05/08/2017

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ: 08.908.120/0001-00 - Ins. Est. 5.82343

Associação de Energia Elétrica - NÚMERO 453 900
Cadastro em DI-1 no Autônomo: 00013013009

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 6/136-1396-5**

Jun/2017 Canal de contato:

Apresentação: Tomada de Energia Elétrica - TSEE na cidade para Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002

09/08/2017

Data prevista da próxima leitura:

12/07/2017

CPF-CNPJ/RANI: 1258814474

Anterior Atual Constante Consumo Dias
Data Letura Data Letura
11/05/17 12587 09/06/17 12681

Faturas em atraso

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 33kWh BR	30	0,14834	4,39
Consumo 31 x 100kWh BR	70	0,25662	17,96
Consumo 101 x 250kWh BR	1	0,31631	1,50
Ass. B. Vermelha			1,17
SUS-BR			77,76
ICMS			10,00
PIS			0,72
COFINS			3,33
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 06/2017			0,10
MULTA 05/2017			1,01
Devolução Supradora			77,76

Histórico do Consumo (kWh)			
30/07/17	111		
30/06/17	69		
30/05/17	115		
30/04/17	104		
30/03/17	102		
30/02/17	112		
30/01/17	100		
30/12/16	87		
30/11/16	105		
30/10/16	82		
30/09/16	102		
30/08/16	112		

Medida dos últimos meses: 105

	BASE DE CÁLCULO	TAXA QUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	70,37	37,20	13,00
PIS	70,37	1,0318	0,72
COFINS	70,37	4,7478	3,33

VENCIMENTO
19/08/2017
TOTAL A PAGAR
R\$ 48,73

f560.2151:dd18:c899:c27c:67ed:7fbf:c91a.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE VENDA	0,47	
DE TRIMESTRAL	12,04	
DE ANUAL	16,28	
FREQUÊNCIA	3,48	
DE TRIMESTRAL	16,57	
DE ANUAL	13,75	
RMSE	3,80	
RMSE	12,22	

Distribuidora	Valor (R\$)	%
Bônus de Qualidade	0,45	18,38
Consumo de Energia	11,40	27,20
Serviço de Transmissão	0,63	1,29
Entrega de Energia	3,44	7,00
Imposto de Renda e Encargos	24,15	49,58
Custo de Energia	0,00	0,00
Total	40,07	100,00

Valor do ELUSD (Red 4/2017) R\$ 14,35

SINGUR/PP
22 SET. 2017



DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS

Declaro (amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob a pena da lei, que tenho (amos) conhecimento de que a vítima JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08 / 05 / 2016, faleceu em 13 / 05 / 2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único (s) herdeiro (s) legal (s) e beneficiário (s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1- JOSE ANTONIO DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO	4.338.273	711.667.894-00
2- THIAGO ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.704-50
3- MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO	FILHO	3.503.724	085.742.094-14
4- JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.794-06
5-			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro (amos), ainda que a vítima () não deixou companheira (o) ou (x) deixou companheira (o) de nome MARIA MADALENA DE ARAUJO.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o (a) (s) declarante (s) firma (m) a presente, juntamente com 2 (duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder (em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

JOAO PEREIRA 15/05/2017
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Maria Madalena de Araujo
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE

NOME COMPLETO DO REP. LEGAL OU ASSINANTE	RG	CPF	ASSINATURA
1- MARIA MADALENA DE ARAUJO	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Madalena de Araujo</u>
2- MARIA MADALENA DE ARAUJO	2.145.246	032.586.144-74	<u>Maria Madalena de Araujo</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1- <u>Alciane Costa Furiano de Carvalho</u>	<u>2373836 PB</u>	<u>040.368.854-02</u>	<u>Alciane Costa Furiano de Carvalho</u>
2- <u>Maria Elisomysa Bm</u>	<u>1759359 PB</u>	<u>978861654-20</u>	<u>Maria Elisomysa Bm</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese de herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante e o Representante legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/05/16, faleceu em 13/05/16, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO	4.338.273	711.667.294.00
2. THIAGO ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.704.50
3. MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		085.742.074.14
4. JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO	FILHO		138.638.774.06
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou ~~TA~~ deixou companheira(o) de nome MARIA MADALENA DE ARAUJO.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam redamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

S. Miguel TRIPU 15/08/17
LOCAL E DATA

Jose Bruna de Araujo Ribeiro
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

JINCUR/PR

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

22 SET, 2017

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADO SE ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIROS LEGAL(S) MENORES DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. MARIA ELISANGELA TOME	1359359	772861654.20	Maria Elisangela Tome
2. JENISON MATHEUS SANTOS	2842029	073.543.434.44	Jenison Matheus Santos

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

CARTÃO DE IDENTIDADE

Jose Antonio Ribeiro de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-164



JINCUR/PB

22 SET. 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.539.286 -2 VIS **DATA DE EXPEDIÇÃO** 23/05/2014

NOME JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE SOUZA
 MARIA ELIAS RIBEIRO

NATURALIDADE SÃO MIGUEL DE TAÍPO-PB **DATA DE NASCIMENTO** 24/09/1979

DOC ORDEM NASC. N. 3782 FLS. 62 LIV. A4
CARTÓRIO SÃO MIGUEL TAÍPO-PB

CPF 078.942.414-23

ASSINATURA DO DETENTOR

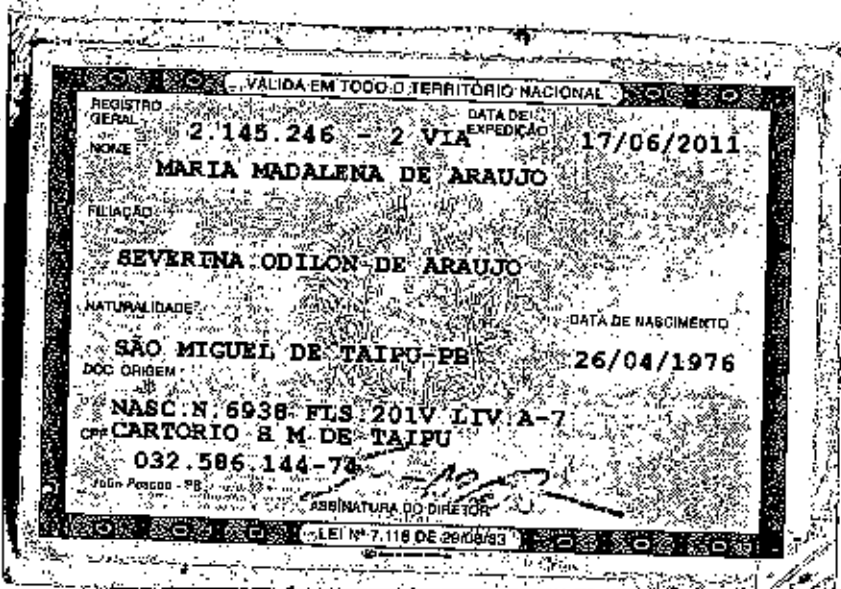
LEI Nº 7.166 DE 28/08/83



0012

JINGUN/PP

22 SET. 2017





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
138.638.794-06
Nome
JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO
Nascimento
30/06/2006
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SINCOR/PB

22 SET. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL

09.300.005/0001-04

ESTADO DE PARAÍBA

Cartório do Registro Civil e Tabelionato

COMARCA DE PILAR

CARTÓRIO "ALCÃO"

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DE TAÍPU

DISTRITO DE SÃO MIGUEL DE TAÍPU

SINCUR/PB

Rua Elias Cavalcante, S/N Centro

CEP 58334-000

São Miguel de Taipu-PB

22 SET. 2017

PATRICIA CAVALCANTE FALCÃO

Oficial AD-HOC do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 110 - 1 do Livro A - 10, sob Nº de Ordem 9.570, foi lavrado o assento do nascimento de JOÃO LUCAS DE ARAÚJO RIBEIRO

do sexo masculino, nascido no dia trinta do mês de junho do ano de dois mil e cinco (30.06.2005)

às 02 horas e 00 minutos, em Hospital Sá Andrade, SAPÉ - PB.

filho de JOSÉ ANTONIO RIBEIRO, BRANCO, agricultor, natural deste Estado

e de Dona MARIA MADALENA DE ARAÚJO, agricultora, natural deste Estado

sendo avós paternos JOÃO BATISTA DE ARAÚJO

e Dona MARIA ELIAS RIBEIRO (F.L.M. DE ARAÚJO)

e avós maternos SEVERINA CRILON DE ARAÚJO

e Dona SEVERINA CRILON DE ARAÚJO

O assento foi lavrado em 04 de julho de 2005

tendo sido declarante C próprio pai, registrando

e serviram de testemunhas Janaína Xavier da Silva e José Firmino da Silva.

Observações: Feito de acordo com os Termos da Lei em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

São Miguel de Taipu, 04 de julho de 2005

Patricia Cavalcante Falcão
Oficial AD-HOC



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
138.638.704-50

Nome
THIAGO ARAUJO RIBEIRO

Nascimento
18/12/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SINCUR/PB

22 SET. 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

SINCUR/PB

NOME

THIAGO ARAÚJO RIBEIRO

22 SET. 2017

MATRÍCULA

071241 01 55 2001 1 00009 266 0009996 86

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

doze de dezembro de dois mil

DIA

18

MÊS

12

ANO

2000

HORA DE NASCIMENTO

12:55

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São Miguel do Tapu-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

São Miguel do Tapu-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Regional da Andrade

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA e MARIA VALENA DE ARAÚJO

AVÓS

PATERNAIS: JOSÉ SÉRGIO DE SOUZA e MARIA FÁBIA FALCÃO

MATERNOS: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

doze de julho de dois mil e um (19/07/2001)

DNV DEC. NASC. VYQ

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA - Out: Feita de acordo com os termos da Lei em vigor. Fornecida pelo Programa Cidadão.

09.300.005/0001-04

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO FALCÃO

Praça Elias Cavalcanti s/n

Centro - CEP: 58.334-000

São Miguel do Tapu-PB

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil e Tabelionato Falcão - Paraíba

OFICIAL REGISTRADOR

Patrícia Cavalcante Falcão Grando

MUNICÍPIO/UF

São Miguel do Tapu-PB

ENDEREÇO

Praça Elias Cavalcanti s/n Centro, São Miguel do Tapu-PB - Para.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

São Miguel do Tapu-PB, 20 de Junho de 2011

Patrícia Cavalcante Falcão Grando
Oficial do Registro Civil

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

1170557



0012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANCA DA OBRIGACAO SOCIAL	
INSTITUTO DE POLICIA GERAL	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO	
MENOR DE 7 ANOS	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REGISTRO	3.508.724
DATA DE EXPEDICAO	14/11/2006
NOME	MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO
MILITANCIA	JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA
MILITANCIA	MARIA MADALENA DE ARAUJO
NATURALIDADE	
DATA DE NASCIMENTO	07/11/2003
TIPO DE PESSOA	PB
DOC. N.	9331 FLS 50 LIV A10
CITY	PORTO SAO MIGUEL TAIPU PB
FE	<i>[Assinatura]</i>
DATA	
ASSINATURA DO DETENTOR	

Ministério da Fazenda	
Receita Federal	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número	085.742.094-14
Nome	MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO
Nascimento	07/11/2003

SINCU/PR
22 SET 2007

REPÚBLICA



DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

09.300.005/0001-04

Cartório do Registro Civil e Tabelionato

CARLOS RICARDO FALCÃO

Praca Elton Cavalcante, S/N Centro

CEP 58334-000

São Miguel de Taipá-PB

ESTADO DE PARAIBA

COMARCA DE PILAR

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DE TAIPU

DISTrito DE SÃO MIGUEL DE TAIPU

SINCURPP

22 SET. 2017

PATRICIA CAVALCANTE FALCÃO

Oficial AD-HOC do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CERTIDÃO de Nascimto do(a) do(a) Morte

Nome e sobrenome do(a) nascido(a) MATHEUS HENRIQUE ARAÚJO RI-

BEIRO

Sexo masculino Data e hora do nascimento 07 de novembro de ano

2003 às 05 horas em Insitituta Gândia Van

filho de JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, natural deste Estado

e de MARIA MADALENA DE ARAÚJO, natural deste Estado

filho de JOÃO BATISTA DE SOUZA

e de MARIA ELIAS RIBEIRO (falecida)

filho de SEVERINA ODILON DE ARAÚJO

Certidão lavrada em 25 de novembro de 2003

Assinatura do(a) declarante O próprio pai do registrando

Assinatura dos testemunhos Fabiana da Silva e José Eduardo Alexandre da Silva.

Observações Feito de acordo com os termos da lei em vigor.

O referido é verdadeiro e correto

SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

5

de

novembro

de

2003

Patricia Cavalcante Falcão
Escrivã e Oficial AD-HOC



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 711.667.294-00

Nome: JOSE BRUNO DE ARAUJO RIBEIRO

Data de Nascimento: 03/06/1999

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da inscrição: 13/07/2015

Dígito Verificador: 00

SINCU/PP

22 SET. 2017

Comprovante emitido às: 10:56:26 do dia 30/08/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 3BC4.DBF2.4A9F.EACC



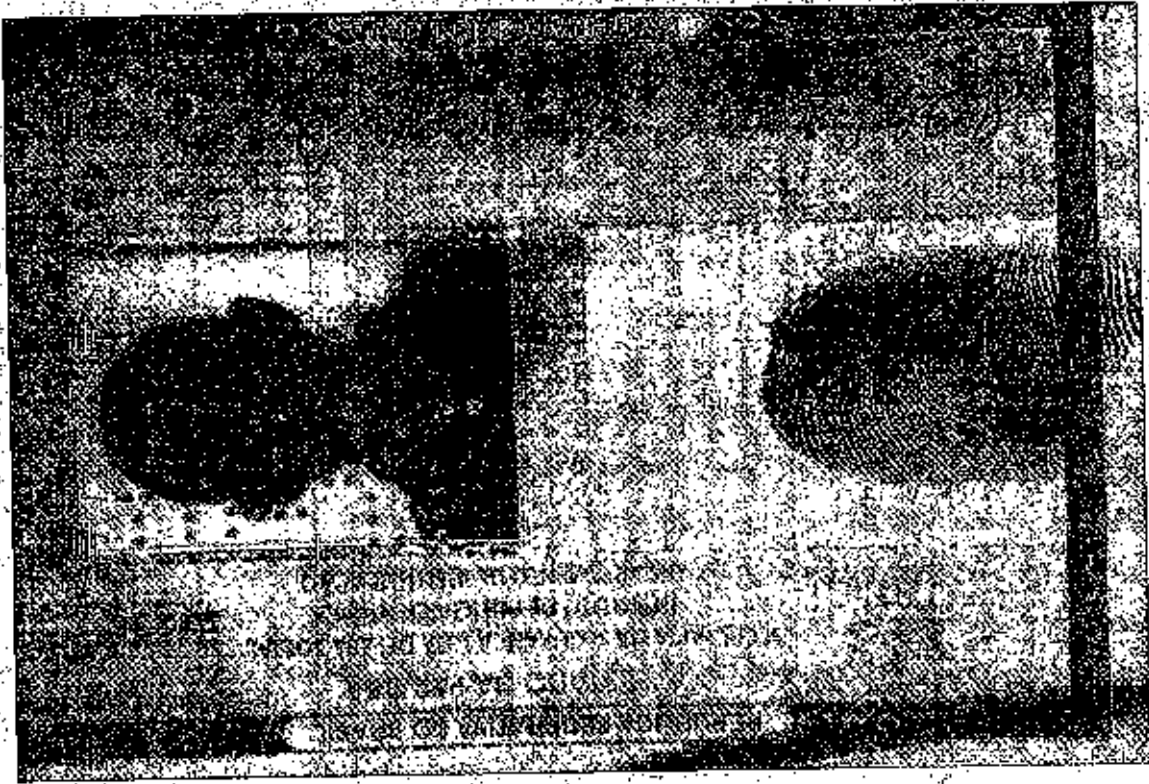
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SEGURANÇA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-23		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		4.338.273	DATA DE EXPIRAÇÃO 13/07/2015
		NOME JOSE BRUNO DE ARAÚJO RIBEIRO	
		FILHO JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA MARIA MADALENA DE ARAÚJO	
		DATA DE NASCIMENTO 03/06/1989	
		ENDEREÇO RUA RITA-PE	
		CIDADE N. 8740 FLS. 202 LIV. A-09 CARVORIO S. MIGUEL DE TAIPU-PE	
Assinatura: <i>Jose Bruno de Araújo Ribeiro</i>		Assinatura: <i>[Signature]</i> MAYOR A. B. LACERDA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/81	

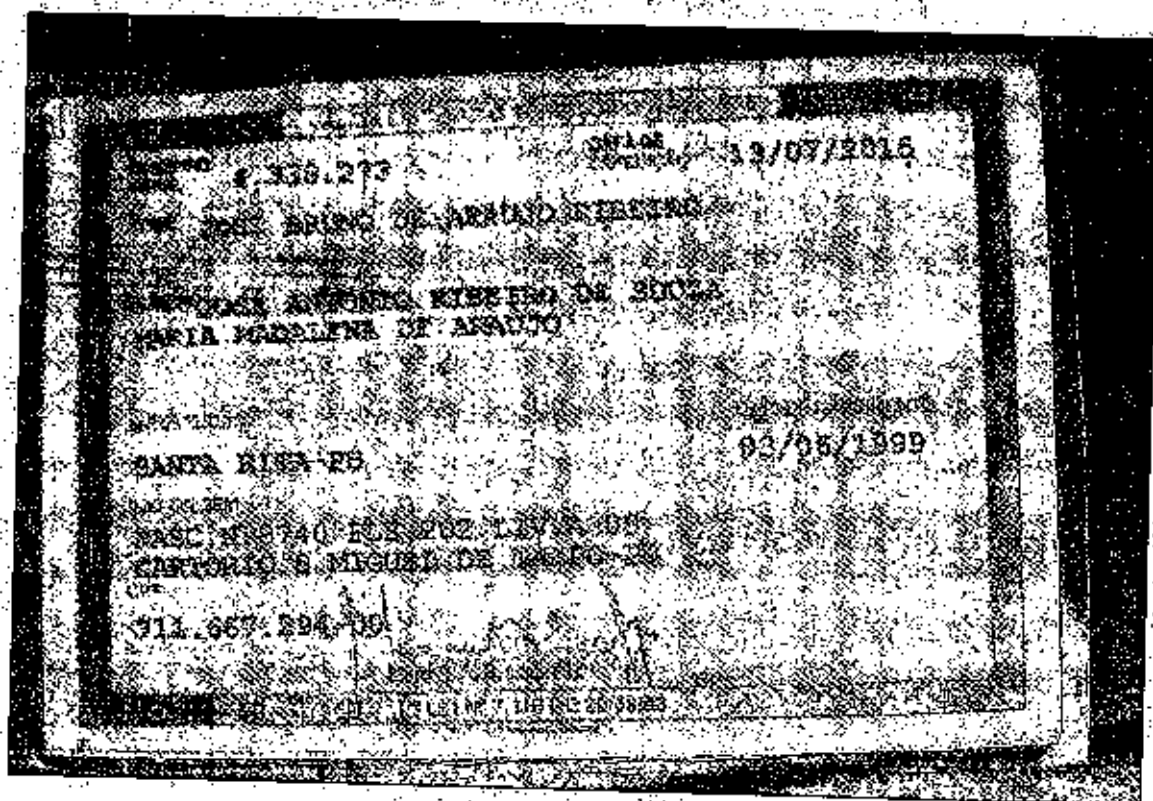
CINCUR/PP

22 SET. 2017



SINCOR/PR

22 JUL 2017

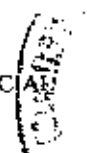


SINCOR/PP

25.1. 2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL



C: 323416

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Alneida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 3ª Delegacia Distrital da Capital de nº 054/16 datada de: 13/05/2016, designou **Perito Oficial Médico Legal 1ª Classe, Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres, Mat.: 157.636-4** para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: **JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA**, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: ignorado, 36 anos, natural de: São Miguel de Taipu/PB, sexo: masculino, Raça/cor: pardo. filho/a de: João Batista de Souza e Maria Elias Ribeiro, residente na Rua Gildo Nóbrega, 26 centro Pilar/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO: Conta o sr. José Ribeiro de Souza, irmão da vítima, que esta conduzia sua motocicleta na data de 08/05/2016, pelas 18h00min na estrada PB de Pilar para São Miguel de Taipu, vindo a cair no asfalto, tendo sido trazido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, vindo a falecer na data de hoje.

SINCOR/PB

Exame realizado em: 14/05/2016 às 10:50h.

22 SET. 2017

INSPEÇÃO EXTERNA: Às 10:50 horas do dia 14/05/2016 é apresentando para exame o cadáver de sexo masculino; de cor branca; com estatura 170cm; de complexão física normolínea; apresentando estado de nutrição bom, com estado corporal de conservação bom. Desnudo no momento do exame. Rigidez cadavérica presente e generalizada. Livores e hipóstases: presença de hipóstases ventrais e livores dorsais. Condição de análise pericial: boas. Face: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Pálpebras: ocluídas. Globos oculares exibindo córneas: pálidas e desidratadas. Pupilas: midriáticas. Íris: castanha. Escleróticas: pálidas. Conjuntivas: pálidas. Dos condutos auditivos; narinas tamponadas por algodão da boca: não surdem secreções. **EXAME OFICIAL PERICIAL ODONTOLOGICAL ANEXO.** **PESCOÇO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **TÓRAX:** ferimento punctório em região infraclavicular direita consistente com aleso venoso central. **ABDOME:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **GENITALIA EXTERNA:** flictemas hemáticas em escroto. **MEMBROS SUPERIORES:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **MEMBROS INFERIORES:** amputação cirúrgica de membro inferior direito ao nível do quadril. **DORSO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **INSPEÇÃO INTERNA:** Polo encefálico: realizada incisão bimastróideia, rebatidos os retalhos anterior e posterior, constatou-se no couro cabeludo: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **ABÓBODA CRANIANA:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais; Retirado o encéfalo e realizada a sua secção, constatou-se: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se: íntegra. **PESCOÇO:** ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **CAVIDADE TORACOABDOMINAL:** Realizada incisão: fúrculo-pubiana e dissecados os planos músculo cutâneos: ausência de lesões violentas dignas de notas periciais. **TÓRAX:** trombos cruóricos

OSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

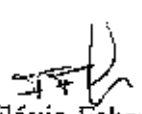
Laudo nº: 03.01.01.052016.0373

fibrinosos ocluindo ramos principais da artéria pulmonar. Derrame hemorrágico. Aderência pleur esquerda. Hepatização do pulmão direito. ABDOME: ausência de lesões violentas dignas de not periciais. Terminada a necropsia é, após a reconstituição estética do cadáver, passa o Perito Oficial Médico Legal a responder aos quesitos oficiais:

RESPOSTAS AOS QUESITOS OFICIAIS:

- 1 - SE HOUE MORTE? SIM
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? TROMBOEMBOLISMO
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTUR OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? PREJUDICADO.

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pel perito anteriormente nomcado.


Dr. Flávio Fabres

Perito Oficial Médico Legal
Matrícula: 157.636-4 CRM/PB 5673

SINCOR/PB

22 SET, 2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 323416

LAUDO TANATOSCÓPICO

Secção de Odontologia

Data do exame: 14/05/2016 Hora do exame: 10:50

Órgão Requisitante: 3ª Delegacia Distrital da Capital. Nº da Solicitação: 054/16. Autoridade Solicitante: José Anselmo de Lucena. Nome: JOSÉ ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA, 36 anos, filho(a) de: João Batista de Souza e de: Maria Elias Ribeiro. Sexo: masculino. Estado civil: ignorado. Nacionalidade: brasileira. Natural de: São Miguel de Taipu/PB. Profissão: agricultor(a).

DADOS CARACTERÍSTICOS:

Rosto: redondo. Sobrancelhas: semi-retas. Pálpebras: fechadas. Íris: prejudicado. Cor: parda. Pupilas: prejudicado. Conjuntivas: prejudicado. Nariz: mesorrino. Boca: grande. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem.

D								Dentes Permanentes								E							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								

D					Dentes Decíduos					E					Códigos				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65										
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75										

● - Restauração
O - Cárie
X - Extração
RR - Resto radicular
A - Ausente
H - Hígido

SINCOR/PB



Força Armada Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 919435



Identificação do paciente

D 1035651	Nome JOSE ANTONIO REBEIRO DE SOUZA	Sexo Masculino
Date de nascimento 24/09/1979	Idade 36 anos 7 meses 17 dias	Estado civil Resgão
Mãe MARIA ELIAS RIBEIRO	Pa: JOSE BATISTA DE SOUSA	Responsável (Parentesco)
Escolaridade	DDO Fixo	Fone Fixo
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986561965	DDO Fixo
Tipo documento	Numero documento	IN-C's
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPU	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Região de saúde ITABAIANA	CBOIR

Endereço

CEP 58338000	Município de residência PILAR	UF PB
Número S/N	Complemento	CEP 58338000

Admissão

Data e Hora Prevista 11/05/2016 20:16:02	Número da pulseira 100005416138	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente RUA
Classificação de risco	Detalhe do acidente	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Três dias Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

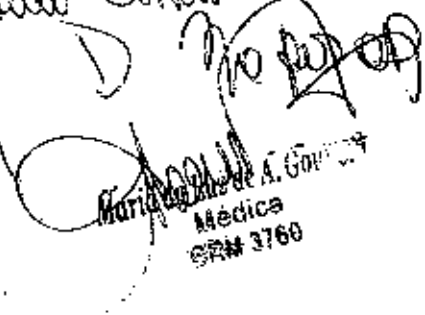
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
amput. MID 12/05 DE NS FA debit. toxic. int. 12/05 (20:14) MID DE NS FA						
Diagnóstico						CD
Atendido por GABRIELA GOMES CAVALCANTE ALENCAR						Tempo 04min 43seg

Imprimir

avulsa 23.20

Fui chamada ao S. Hospital para explicar
o caso da Oclusão. Encontrei o paciente
Oftalmológico, sequeiro, a gangrena generalizada
de todo o nariz. Encontrei uma lesão
desarticulada com umeral. Não foi
for amamentação para M. O. 

Cir. Vasc.

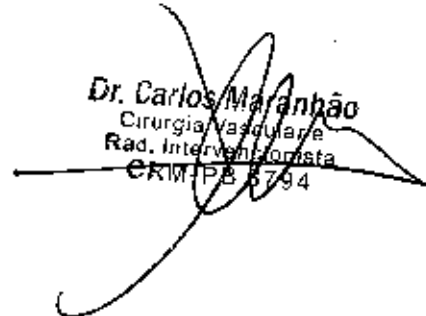
Próxim.

21/7/04.

12105116

Exame físico, lesões vasculares mecânicas e moles unguais.
Paciente a parietal com gangrena
em todo o membro.

Cr) no estado de hemorragia.


Dr. Carlos Maranhão
Cirurgia Vascular e
Rad. Interventiva
CRM PB 6794

Guia de Remoção de Cadáveres

2.3.2 () Trabalho 2.3.3 () Em domicílio 2.3.4 () Outros 2.3.5 () Outros

Condições, Agente ou Fonte da Morte Violenta

Tipo Instrumento: () Arma de Fogo () Arma Branca () Enforcamento () Afogamento
() Queimaduras () Choque Elétrico () Espancamento () Queda de Nível
Outros: Qual Por acidente de trânsito

Uso de Droga: Qual _____

Modo: () Agressão Física () Assalto () Ação Policial () Agressão Sexual
Outros: Qual _____ () Ignorado

Informações do Serviço Médico

() Chegou sem vida ao serviço () Faleceu ao receber os primeiros socorros

() Faleceu durante o Internamento: _____ Dias

Faleceu no: () Pré-Operatório () Trans-Operatório () Pós Operatório

() Apresentado ao chegar no hospital: Apresentado ao chegar no hospital

Lesões apresentadas em regiões do corpo: _____

O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico () Sim () Não

Síntese da história clínica: 21 anos de idade, vítima de acidente de trânsito
colisão com poste de iluminação pública
em via pública, no município de João Pessoa
em 14/07/2017

Atendimento realizado no hospital: Atendimento realizado no Hospital

() Clínico; Medicação utilizada: _____

() Cirúrgica; tipo de cirurgia: Intervenção cirúrgica

Retirada de corpo estranho: () Sim () Não (se retirado enviar ao IML)

Exames complementares de relevância: _____

Hipóteses Diagnósticas formuladas: Lesão por arma branca

Outras informações que julgar necessário: _____

Exames complementares de relevância: _____

SINCOR/PB

22 SET, 2017

Dr. Thiago Catão
Terapia Intensiva
CRM-PB 9685

CRM-PB:

Pessoa

1.7.5

ENCAMINHAMENTO

DATA DO ÓBITO

(☒) IML (☐) SVO HORA: 15:40

DATA: 11/11/83

I- Unidade Hospitalar: H. E. T. C. M.

Registro: 11.11.83

Endereço: R. Oreste Lisboa S/N - Conj. 3 - 1º andar - J. 24.11-73

II- Identificação do Cadáver

Nome: JOSE AUGUSTO RIBEIRO 23.12.44 Idade Provável:

Sexo: M Cor: Branca Cor dos Cabelos: Preto Ocupação:

Gestante: (☐) Sim (☐) Não (☐) IGN Sinais Particulares:

Tatuagens: (☐) Local:

Residência: R. Oreste Lisboa S/N - Conj. 3 - 1º andar - J. 24.11-73 N. 5A1 Apto:

Município: Curitiba - PR

Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Pai Ocupação Habitual:

Mãe Ocupação Habitual:

Pai Grau Instrução: (☐) Nenhuma (☐) Fundamental (☐) 2º Grau (☐) Superior (☐) IGN

Mãe Grau Instrução: (☐) Nenhuma (☐) Fundamental (☐) 2º Grau (☐) Superior (☐) IGN

N. de Filhos: Nascidos Vivos Nascidos Mortos Total:

Duração da Gestação em Semanas: (☐) Menores de 20 (☐) de 20 a 27 (☐) de 28 ou Mais (☐) Ignorado

Gravidez: (☐) Única (☐) Dupla (☐) Triplíce (☐) Mais de 03 (☐) IGN

Parto: (☐) Espontâneo (☐) Operatório (☐) Fórceps (☐) IGN

Morte (em relação ao parto): (☐) Antes (☐) Durante (☐) Depois (☐) IGN

Para menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: 3 (☐) IGN

III- Local de Ocorrência do Óbito

(☐) Residência (☐) Via Pública (☒) Hospital (☐) Trabalho (☐) Outros (☐) Ignorado

Endereço: R. Oreste Lisboa S/N - Conj. 3 - 1º andar - J. 24.11-73

IV- Circunstâncias em que Ocorreu a Morte: 1 (☐) Morte Natural 1.1 (☐) Agônica 1.2 (☐) Súbita

2 (☒) Morte Violenta 2.1 (☐) Homicídio 2.3.1 (☒) Trânsito (☐) Passageiro (☐) Capotamento

2.2 (☐) Suicídio (☐) Pedestre (atropelamento) (☐) Colisão

2.3 (☐) Acidente (☐) Outros (☐) ING



100005416188 BE : 919435
 JOSE ANTONIO REBEIRO DE SOUZA
 DT. NASC.: 24/09/1979
 MÃE: MARIA ELIAS RIBEIRO

Primeiro Atendimento Médico

END: GILDO VIANEIRA
 N.º/N - CENTRO
 PILAR
 FONE: ()
 CELULAR: (03) 988061965
 IDADE: 36
 DT. ENTRADA: 11/05/2016 20:16:32

CLIN. VERMELHA
 BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Antonio Ribeiro de Souza IDADE: 36 A

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Relata queda de moto há +1-03 dias.
 Relata dor intensa alta no hospital de Cape. Evoluiu
 com dor de braço e + dor no abdômen no ci-
 ouso. No momento com dor no braço no MPD
 pulso pedroso com dor + pulso normal posterior-
 mente. Relata não sentir estímulos distal no
 MPD (pe. @). Relato de dor geral ouso.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Vias () Obstruídas
 CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não
 VENTILAÇÃO:
 TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
 () Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

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

2- RUÍDOS

HTD ☒ sim
 () Não
 HTD ☒ Roncos
 () Sibilos
 () Estertores
 HTE ☒ Roncos
 () Sibilos
 () Estertores

imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal ☒ Pálida () Cianótica
 () Pleiórica () Ictérica
 TEMPERATURA DA PELE: () Normal () Quente () Fria
 PULSO: () Normal () Aumentado
 () Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
 BULHAS: ☒ Normotônicas () Hipofonéticas
 () Hipofonéticas () Ausente
 SOPRO: () Presente () Ausente
 BE OU B4: () Sim () Não

FC: 110 bpm PA: X mmHg T: 36 °C

ECG:

ABDOMEN:

abdômen indolor

DEFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: <u>15</u>					

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

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

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

☒ Radiografias de Bacia/coxa + joelhos (D).

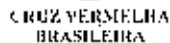
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º. Oito Oitenta e Três mil e 300.		
2	SR L 500 ml, cv		
3	Doze L e 10 ml de Am + AD, cv		
4	Doze L e 10 ml de Am + AD, cv		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Solicito parecer da elaborar, CMO às 21:00 do dia 11/05/16
Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DATA _____
DA ____/____/____
SAÍDA _____
HORAS: _____

() Transferência (unidade de saúde) _____
() Internado (setor) _____
() Alta hospitalar () Decisão médica : () A pedido () A revalia () Desistência
() Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () HML () SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número:00

Paciente:

Procedimento:

SUS: (X) Não SUS: ()

Médico:

Prontuário:

Data: 1 1

Reposição:

Date: 14 05 16

☒ Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME

[illegible]

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
BIDMEDICAL	cateter para subclavia	04 UNID.		
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Laysa Usbôa Trócoli
COREN-PR: 241.423
ASSINADA EM INTERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG):APC.013-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HETSAZ

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HETSAZ

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Antonio Ribeiro do Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

914435

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Elias Ribeiro

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO 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 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Desarticulação do joelho femoral

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ 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 - QTC

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTC

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTC

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cateter para subclavária do CVC

CATETER PARA SUBCLÁVIA DO CVC
CÓDIGO: C7D20BN LOTE: 275318
REG. ANVISA: 10196320017
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA
www.biomedical.ind.br
11 3944 - 5555

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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 AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	53 - QTD.
52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	56 - QTD.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD.
52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD.
69 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



2025 RELEASE
 2025 RELEASE

 REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTÊSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

1379

Números

919435

Principles

9/9435-
José Antonio Ribeiro de Souza

ប្រធានាធិបតី

Realizado Debridamento do Fôno Direito

NELSON

• **Medication:**

12. Carlos Maranhão

Date: / /

Case Point: _____

DISPENSACÃO CM

[illegible]

SLIP 217

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
BIO MEDICAL	03 KIT 2x PAM			

ASSINATURA DO MUNICIPIO - CRM

FRANCISCO
XAVIER
8626

ASSINATURA ENTREGUEM - CORN

CONFIDENTIAL

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

G. Ivonne Costa de Sousa Castro
 T. Enfermeira
 COREN 917107 Mat. 370

Téc. Enfermagem, APC 013-2
COREN 917107 Mar. 31/0



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. E. E. T

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. E. E. T

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE Antonio Ribeiro de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

919435

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Mul: ☐ 1

Fem: ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. BGE. 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 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 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 ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ 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 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1 Kita de PAM

22 SET. 2017

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

FRANCISCO

TAU. ER 2626

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

52 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTD.
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTD.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD.
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD.
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. E. E. T.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. E. E. T.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Antonio Ribeiro dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

919435

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO 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 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 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 ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ 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 - CID

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1º kid do PAM INCUR/PB

22 SET. 2017

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA 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 AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - Cód. do Procedimento Especial	52 - QTD
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - Cód. do Procedimento Especial	55 - QTD
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - Cód. do Procedimento Especial	58 - QTD
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - Cód. do Procedimento Especial	61 - QTD
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - Cód. do Procedimento Especial	64 - QTD
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - Cód. do Procedimento Especial	67 - QTD
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - Cód. do Procedimento Especial	70 - QTD
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - Cód. do Procedimento Especial	73 - QTD
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - Cód. do Procedimento Especial	76 - QTD
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - Cód. do Procedimento Especial	79 - QTD
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - Cód. do Procedimento Especial	82 - QTD
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - Cód. do Procedimento Especial	85 - QTD
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - Cód. do Procedimento Especial	88 - QTD
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - Cód. do Procedimento Especial	91 - QTD
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - Cód. do Procedimento Especial	94 - QTD
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - Cód. do Procedimento Especial	97 - QTD

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOÃO ANTÔNIO R. DE SOUZA BE/Prontuário: 917
Idade: 36 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/05/16
Clínica/Setor: CIR. VASCU. EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: DECONSUMO
Cirurgião: Carlos Maranhão 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>EMERGENCIA GASTRO EN COTO</u>	
<u>DE AMPUTACAO</u>	

SINCUR/PB
2 SET. 2017

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>DECONSUMO C-610</u>	

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

História de Congelamento: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Carlos Maranhão
Cirurgia Vascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 67194

João Pessoa, 12/05/16

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal
Alte. ASIA + A-71411511. COTO IMPUNDO.
APOSERNO COTO ESTERILIS.

Incisão:

Ressecção de tumor de 7cm
absolutamente.
União no coto. com F0 91.

Achados:

Conduta:

Dr. Carlos Maranhão
Cirurgião Geral e
Rad. Intervencionista
CRM 68.5794

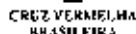
Fechamento:

Observação:

Dr. Carlos Maranhão
Cirurgião Geral e
Rad. Intervencionista
CRM 68.5794

João Pessoa, 12/05/14

Médico/CRM:



* HETSHI

FUNGUS FIRE: 121 2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



SIKETIL

Nome: Jose Antonio R. de Sousa BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 11/05/16
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Desbridamento coto femoral @
Cirurgião: Dr. Marcos de Lf 1º Assistente: Dr. Bruno Torres
2º Assistente: Dr. Flaminio 3º Assistente: Dr. R. V. V.
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Gangrena coto femoral</u>	

SINCUR/PB
22 SET. 2017

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Desbridamento coto femoral @</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não, Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 11/05/16



SUS

Sistema Único de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade

CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31

ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: José Antônio Ribeiro PACIENTE SEXO: M IDADE: 20/31

PROFISSÃO: Gênero Nobre DOCUMENTO:

ENDEREÇO: Gênero Nobre

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

CÓDIGO IBGE/MUNICÍPIO: 500000013231181

DATA DO NASCIMENTO: 24/09/19 DATA DO ATENDIMENTO:

CPF:

NOME DA MÃE:

TELEFONE:

RAÇA / COR

- [] 1 - BRANCA [] 2 - PRETA [] 3 - PARDA
[] 4 - AMARELA [] 5 - INDIGENA [] 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Paciente com quadro de ansiedade
por stress D

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PA-130 x 90

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. Dexamet 1 cap 10mg
- 2.
3. Vitamin 1 cap 10mg
4. Dexamet 1 cap 10mg

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [] 01 - ELETIVO.
[] 02 - URGÊNCIA
[] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
[] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
[] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÁNSITO.
[] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Ansiedade

CID-10

MEDICAÇÃO:

- [] PRESCRITA
[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [] OBSERVAÇÃO [] RESIDÊNCIA
[] INTERNAÇÃO [] OUTRO HOSPITAL
[] ÓBITO [] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0130101060061
2 - 0130101060061
3 - 0130101060061

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OURO 1 A DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	
Paciente:	Rogério Antônio Ribeiro Souza		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente relata queda motocicleta há 3 dias. Não foi realizado RX ou avaliação ortopédica em seu município no dia do acidente. Evolui com edema importante em MMII Dor intensa. Necessitando Analgesia Ortopédica.

Dr. Rogério Ribeiro
R. 6662
CRP 48 9221

Medicação administrada

Encaminhamento para:

Serviço Social



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Idade: 36a

Data do exame: 11-05-2016

RADIOGRAFIA DA BACIA

Ausência de sinais de fratura.

SINCUR/PB

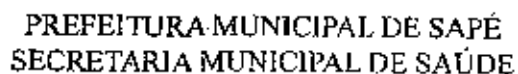
22 SET. 2017

Dr. Methodio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB

CEP: 58.360-000

Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL****UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO - UPS**

NOME: Hospital Regional Dr. Só Andrade

CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31

ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: Jose Antonio Rubiera SEXO: M IDADE: 36 anos

PROFISSÃO: carpinteiro DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: R. Sefalio Nogueira 20

MUNICÍPIO: São M. Tereza ESTADO: Paraíba UF: PB

CODIGO IBGE MUNICIPIO: 285005 CNS: 7086040732314P7

DATA DO NASCIMENTO: 24/09/79 DATA DO ATENDIMENTO: 08/05/16

CPF: _____
NOME DA MÃE: M.ª Glória Ribeiro

TELEPHONE:

RACA / COR

[] 1 - BRANCA [] 2 - PRETA [] 3 - PARDAS
[] 4 - AMARELA [] 5 - INDÍGENA [] 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. WETA DONTSNITE
2. _____
3. _____
4. _____

CARÁTER DE ATENDIMENTO

01 - ELETIVO.
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRES
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES
QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10

MEDICACÃO:

[] PRESCRITA

[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

[] OBSERVAÇÃO	[] RESIDÊNCIA
[] INTERNAÇÃO	[] OUTRO HOSPITAL
[] ÓBITO	[] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-|0|4|0|1|0|1|0|0|5|8|
2-|0|2|0|1|0|0|0|0|0|1|
3-|0|2|0|0|5|0|0|0|0|2|3|

~~ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) EXISTENTE(S) - carimbo~~

CNS

CEO

C 3M

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLÍGARO DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimb

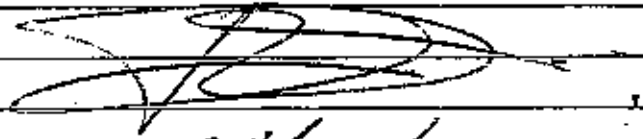
EVOLUÇÃO CLÍNICA

LIMITE MÁXIMO DE PERMANÊNCIA:
12 HORAS

MÉDICO

ENFERMEIRO

001. Solicita-se retorno
no nos próximas 12h para
realizar RA de forma
direta.



08/05/16

Dr. Marcelo S. de Carvalho
Médico
CRM: 8597 PB

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11729834

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11729906

A/C: JOAO LUCAS DE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730001

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730008

A/C: MATHEUS HENRIQUE ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17

Vitima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA

Data Acidente: 08/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11730140

A/C: THIAGO ARAUJO RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522587 ASL-0371008/17
Vítima: JOSE ANTONIO RIBEIRO DE SOUZA
Data Acidente: 08/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

