

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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 N° do sinistro ou ASL: **043.555.414-01** CPF da vítima: **043.555.414-01** Nome completo da vítima: **Eduardo Fernando da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

 Nome completo: **Eduardo Fernando da Silva** CPF: **043.555.414-01**
 Profissão: **FISCAL AGRÍCOLA** Endereço: **R. Rui Barbosa** Número: **17A** Complemento:
 Bairro: **Centro** Cidade: **Pedras de Fogo** Estado: **Pará** CEP: **58328-000**
 E-mail: **(83) 99921-9283**

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

DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: **Brasil**

 AGÊNCIA: **2425** CONTA: **23261**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **2425** CONTA: **23261**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: **0** Falecidos: **0** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

 Local e Data: **João Pessoa, 20/02/2019.**

 Nome: **Eduardo Fernando da Silva**

 CPF: **043.555.414-01**

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: _____
 CPF: _____ **COMPREV**
 2º | Nome: _____
 CPF: _____ **ASSINATURA** **68 MAR. 2019**
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <i>Eduardo Fernando do Ntra.</i>		Nº
Sexo: <i>M</i>	Idade <i>35</i>	Profissão:
Endereço:		
Unidade Admritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para: <i>H. Ortop trauma</i>		
Motivo do Encaminhamento: <i>Paciente com história de queda de moto há ± 30 minutos, com queixa de dor e diminuição da mobilidade em tornozelo esquerdo.</i>		
<i>Do nome = LOTE, BEG, NAA, hidrotado, unha curva; ECO = 15 aumentado de volume local (tornozelo E)</i>		
<i>HIP = fratura?</i>		

Encaminhamento

Função

Data

 Letícia Xavier Borges
MÉDICA
CRM/PE 11013

 Dra. Letícia Xavier Borges
MÉDICA
CRM/PE 11013-7

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:		Nº
Procedimentos:		
<i>COMPREV</i> <i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A</i> <i>08 MAR. 2019</i>		
<i>PROTOCOLO</i> <i>AG. JOÃO PESSOA</i>		

Data

Consultante



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/06/2002

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-58 | Isc: Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

Table of Contents

GISELDA CORREIA FERREIRA SANTOS

ESTERECO DA UNIDADE CONSTITUCIONAL

DATA FROM THE 1990 CENSUS

REF ID: A65851594-13-NUS-14857332528

PEDRAS DE FOGO/PEDRAS DE FOGO
PEDRAS DE FOGO PB

Classification

BT RESIDENCIAL,
BAIRRO RENDA COMINIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO
 035710137 | UNICA | 18/10/2018
 APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO
 18/10/2018 | 20000000001 | 145172

CONTA CONTRAÚDO **MÊS ANO**
4012132412 **10/2018**
DATA DE VENCIMENTO **DATA PRAZO DA PRÓXIMA LEITURA**
19/11/2018 **19/11/2018**
TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 50 kWh		30 0000000	0,240999665	7,2
Consumo Ativo superior a 50 ate 100 kWh		30 0000000	0,42340431	12,7
Acréscimo Bandeira VERMELHA				(0,0)
Contrib. Ium Pública Municipal				2,3

TOTAL DISEASE RISK

DISONERATIVO: CONSIDERARAS NOTA 100

34 | 35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESA NOTA FISCAL								24.34	
NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
0336725	CAT	11.0000	8.207,00	10.0000	8.417,00	21	3.0000		60,00

Mês/ano	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Composição do Consumo	
				Geração de Energia	Transmissão
JUL/18	ICMS			R\$ 9,67	38,52%
SET/18	IR	42,15	25,00	R\$ 0,86	4,44%
AGO/18	IR	32,00	0,00	R\$ 4,60	20,82%
ABR/18	ICMS	32,00	0,14	R\$ 1,15	0,37%
ABR/18	ICMS	22,00	0,06	R\$ 0,67	3,02%
JUN/18	IR			R\$ 8,31	38,07%
MAR/19	IR			R\$ 33,86	58,86%
ABR/18	IR				
MAR/19	IR				
FEV/18	IR				
JAN/18	IR				
DEZ/17	IR				
NOV/17	IR				
OCT/17	IR				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As corredores
de
Tecnologia
e Inovação
do Brasil
estão
junto
à
Câmara
do
Comércio
Internacional

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 MAR. 2019

00 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaucard Itaú

Consulte sua fatura na internet
ou nas caixas eletrônicas do Itaú.



2502A
GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
RABELARDO DA S G BARRETO 51
AP2502A - A BRANCO
58046-110 JOÃO PESSOA - PB



Data de Postagem: 24/12/2018

Data de Vencimento: 09/01/2019

Data de Fechamento (emissão): 23/12/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/02/2019

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, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, têm por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilhyana Flávia de Amorim Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Fernando da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.555.414-01, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Eduardo Fernando da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.555.414-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número		Complemento
<u>Av Abelardo da Silveira Guimaraes, Barreto</u>	<u>51</u>		
<u>Altiplano</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58046-110</u>

João Pessoa, 08 de Mare de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

Guilhyana Flávia de Amorim Nóbrega


PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José da Conceição Filha,
RG nº 3418566 data de expedição 22/06/1995
Órgão _____, portador do CPF nº 02590898416 com
domicílio na cidade de Pedras Fogo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pui Barbosa, nº 40
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eduardo Fernando de Silve cujo o condutor era
Eduardo Fernando de Silve.

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 150 Titan
Ano: 2007
Placa: 19-72
Chassi: _____
Data do Acidente: 20/02/2019 (2019)
Local e Data: _____

Maria José da Conceição Filha

Assinatura do Declarante

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

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

ANTÔNIO SEVERINO DE PAIVA FILHO

Re: Eusébio, PB - Centro - Bairro: PB - Fone: (81) 3626-1736 - CEP: 58020-001 - segundo.cartorio@seu.eusébio.pb.gov.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA JOSE DA CONCEIÇÃO FILHA em 20/02/2019 dou fé. Em test. da verdade. TASSIA GYSEL DE MORAES PAIVA - Escrevente Emol.R\$ 3,51 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79 Selo: 0073593.00028.

Tassia Gm Paiva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



18

CERTIDÃO

Nº. 0066/2019

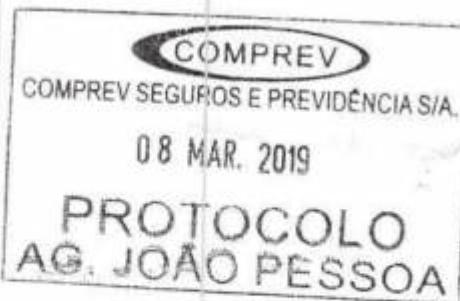
Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 174574 pertencente a **EDUARDO FERNANDO DA SILVA** que foi atendido dia 21/10/2018 às 15H13min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé e tornozelo esquerdos.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Tratamento conservador.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de janeiro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ: 12.345.678/0001-10

Ficha Nr: 174574

Atd: Nao Regula

Data: 21/10/2018

Hora: 15:13:02

Recepção: GECVANA DO SANTOS

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.10.003144

CNS: 898004040618841 Sexo: M IDENTIDADE: 2763175 Fone: 98194652

Natural: RECIFE/PE Data Nasc.: 05/06/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA RUY BARBOSA, 17

Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF :PB

Mae: MARIA JOSE DA CONCEICAO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: FISCAL SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 98194652 / IDENTIDADE: 2763175

Procedencia: HOSPITAL DE PEDRAS DE FOGO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 14? CONDUTOR EM PEDRAS DE FOGO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
Observacao			

Belo Goto - 03080200

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Relata trauma Tornozelo
dores

Diagnóstico

Consulta

Fr. de malolo ha no dia 03 de Nov

Prescrição

Horário da medicacão

Fls. conservado
Letras off das

*Dr. Anderson Góes
M.R. da L.
CRM-PE*

21 OUT. 2018

Q. + Vitoriano

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

|
|
|
|
|
|

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

|
|
|
|
|
|
|
|

|-----| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IMI



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





08 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 012154005138
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 916927903 ***** 2015
MARIA JOSE DA CONCEICAO FILHA
ITAMBE-PE
035.908.984-45 KKG1972
***** 9C2KC08107R153836
PAS MOTOCICLETA GASOLINA
HONDA/CG 150 TITAN KS 2007 2007
2P/149CL PARTIC PRETA
IPVA 2015 QUITADO
SEGURADO PAGO
SEM RESERVA
ITAMBE-PE 18/09/15
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETAN-PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE
AUTOMÓVEIS E VEÍCULOS
TRANSPORTES
PE N° 012154005138
MARIA JOSE DA CONCEICAO FILHA
ESTE E O SEU
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AG CONDUTA
WWW.DETAN-PE.GOV.BR
ITAMBE-PE
035.908.984-45
916927903
2007 09
SEGURADO PAGO
DESTAQUE E
ELE NÃO PAGOU

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190187351 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190187351 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (PÁG 2)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Eduardo Fernando da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão fiscal agrícola, residente e domiciliado à Rua Av. Presidente Vargas, nº 27, bairro Santo Antônio, Município de Itapira de Goiás, Estado de(o) Brasil, Cep. 58328-000, portador(a) do Rg nº 2763375, SSP/PR e CPF nº 043 555 4401.

Outorgado: Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega, brasileiro(a),
estado civil CASADA, profissão ADVOGADA, residente e domiciliado(a) à
Rua Cabelando da Silveira G. Barreto, nº 51, bairro Altiplano,
Município de JOÃO Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58046-110,
portador (a) do RG nº 2665291 SSP/ PB e CPF nº 011.197.984-69.

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 à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Eduardo Fernando da Silva, ocorrido em 23/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

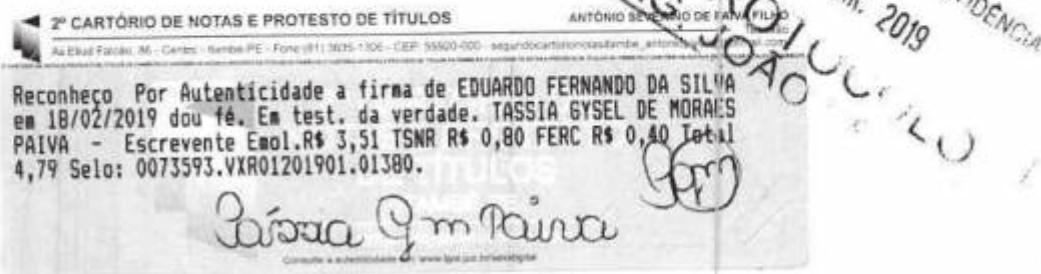
Processo de natureza invalido.

Podendo 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.

Tomé 18, de febrero de 2010

Edna de Oliveira de Souza
Outorgante
CPF Nº 043.555.414-01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080658/19

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 043.555.414-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

EDUARDO FERNANDO DA SILVA : 043.555.414-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/03/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080658/19

Número do Sinistro: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 043.555.414-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/03/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 13/03/2019

Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE