

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA

Documentação médica - hospitalar



Idade: 89/20
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

10017105.0721
Máquina: 10017105
Data: 11/2/2017
Hora: 13:25:40

Data/Hora: 11/2/2017 13:25:40

Nome do Paciente: *João declaratório*

Nome do Pai: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA

Idade: 18

Nome da Mãe: FRANCISCO BENTO CABRAL

Nome do Pai: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Cidade: SERRA GRANDE - PB 58955-000 - 2513708

Endereço: TRAVESSA SEVERINO MARTINS

Bairro: BELA VISTA

Município: AGUIAR - PB

Telefone: (53) 98616-9035

Documentos

RG

Identidade

CPF

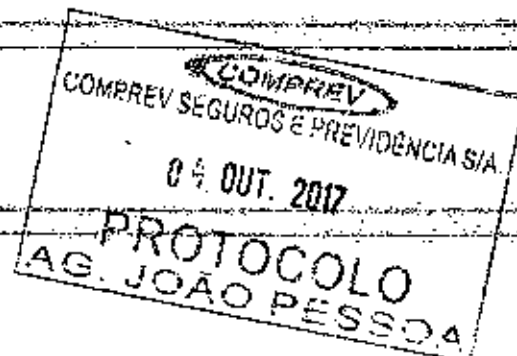
Id. Nasc: 89/20

Assinatura: 11/2/2017

Cor: PARDAS

Estado Civil: N-INF

Ocupação: ESTUDANTE



Pensar: ☒

ANNESE: (História da Doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

primeira vez no pulso @
fc. pulso

Dois dedos

MES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame físico
Exame físico

MES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Resumo

Id. de Alta

Estado: () Sem Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA, portador da carteira de identidade nº 2.036.483-19-11A e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.425.544-90 residente e domiciliado na TRAVESSA SAGRADO MARTINS DE SAUSA, S/N Cidade SEARA GRANDE Estado PARÁIBA declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Maria Cleide de Freitas Correia.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

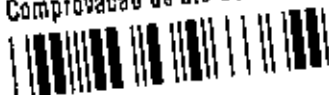
ITAPORANGA/PB, 08/03/2017

Local e data





Comprovação de ato declaratório



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Hospital Distrital de Tapoanga
PARA: _____
ENCAMINHO: Francisco Parlyhuita IDADE: 15 SEXO: masculino
RESIDENTE: TR - Severino Martins
MUNICÍPIO: Serra Grande UF: PB
PA _____ MM/HG _____ TEMP 36.5 °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

man. apresentando fratura
de ombro esquerdo.
Tratamento farmacológico.

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A
04 JUL 2017

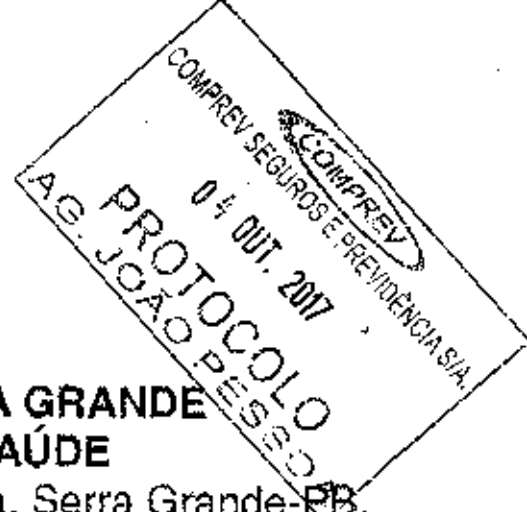
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

11.02.17 HORA: 1100h

Transmitido
Clínica Geral
05/07

Ato declaratório

Comprovação de ato declaratório



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Av: Francisco Vidal de Moura, Nº511, Bela Vista, Serra Grande-PB,
CEP: 58955-000 Telefone: (83) 3498-1111

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direitos legais que a Senhor Francisco Yarlei de Freitas Correia, portador do CNS:162.1907.8773.0004, residente e domiciliado na travessa Severino Martins de Sousa de Serra Grande-PB, foi atendido na unidade básica de saúde do município de serra grande as 09 horas da manhã do dia 11 de fevereiro de 2017 e depois transferido no transporte da unidade de saúde diretamente para o Hospital Regional de Patos-PB.

Serra Grande, 06 de março de 2017.

Maria Edneide Lopes
Maria Edneide Lopes
Secretária de Saúde
Portaria 043/2016

Maria Edneide Lopes

Sec. Mun. de Saúde de Serra Grande-PB

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/12/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05778-9

CONTA: 000000005339-2

Nr. Autenticação

BRABESCO1312201705000000000023705778000000005339168750 PAGO



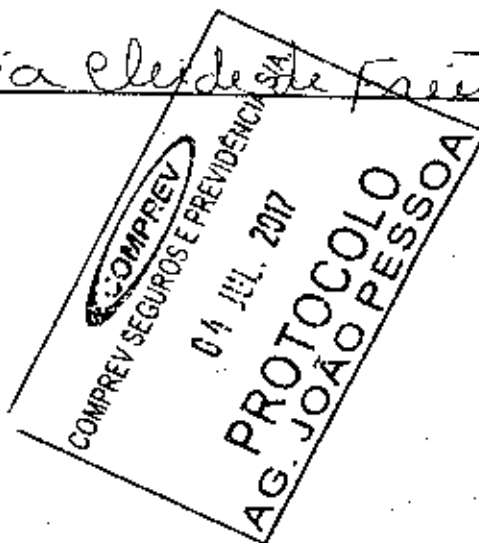
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Cleide de Freitas CorreiaRG nº 2.036.4832871, data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão SSP/PB

CPF nº 032.725.574-90, 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>TRAVESSA SUGRINO MARTINS DE SOUSA, 512</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SERPA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.955-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996948811</u>
E-mail	<u>SERPAAC.ASSESSORIA@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 08/03/2012Assinatura do Declarante: Maria Cleide de Freitas Correia



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA CLÉIDE DE FREITAS CORREIARG nº 2.086.48323/11, data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão SSP/PB

CPF nº 032.725.544-90, 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>TRAVESSA SUGRINO MARTINS DE SOUSA, 540</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SERRA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.955-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99944-1520 / 996948811</u>
E-mail	<u>SENDAO.ASSESSORIA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 08/03/2017Assinatura do Declarante: Maria Cleide de Freitas Correia.

[illegible]

COMPREV
04 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSP/PE, em

30/01/96, CPF/CNPJ nº 039.244.064-09

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO

YARLEI DE FREITAS CORREIA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

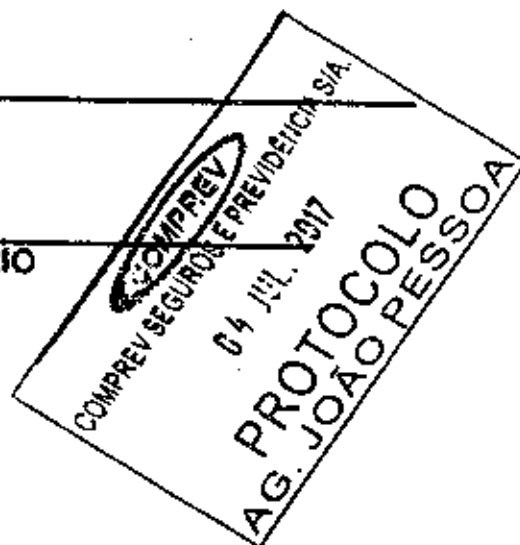
da vítima FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSA Renda Mensal: R\$ RECUSA

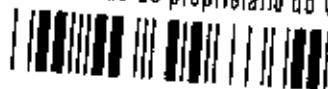
Documentos comprobatórios: NÃO POSSUI

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Declaração do proprietário do veículo



Eu, José Ferreira Alves Filho

RG nº 3.459.284, data da expedição 30 / 05 / 2009, órgão SSP/PB

Portador do CPF nº 101.606.944-85, com domicílio na cidade de SERRA GRANDE, estado de PARAIBA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. TIMBAÚBA

nº 336, complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA, cujo

condutor era: O PROPRIETÁRIO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/NXR160 3POS ESDD

Ano: 2013/2015

Placa: QF03228/PB

Chassi: 9C2KD0810FR468844

Data do Acidente: 11/02/2014

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 24/02/2014



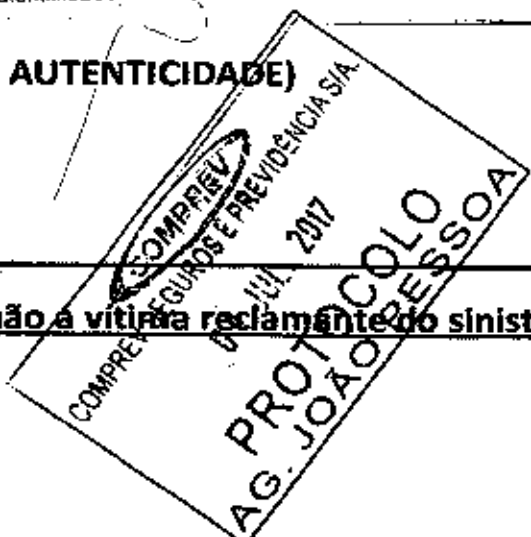
Eu a firma por AUTENTICIDADE de JOSÉ FERREIRA ALVES
ITAPORANGA/PB, 24 de fevereiro de 2014.
Em teste Maria Rodrigues Custódio (reservante)
Selo Digital - AEM33484-W9DR
Para a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



X José Ferreira Alves Filho

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

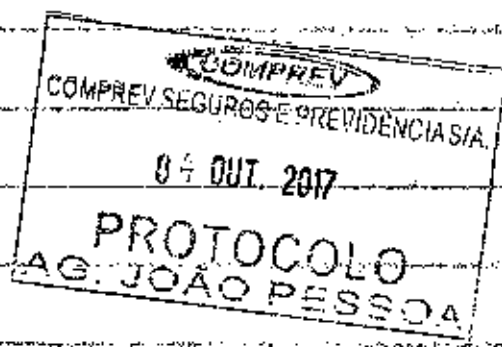


Recepcionista: APARECIDA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Francisco Yarden</i>		Nº prontuário:
Data da Cirurgia: <i>14/08/17</i>	Enf:	Leito:
Cirurgião: <i>Bastos</i>	1º Auxiliar: <i>Marcelo Serafim</i>	
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>tx radio distal</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Tratamento cirúrgico</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato: <i>Sim</i>		
Ocorrência Durante a Cirurgia:		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

- 1) Pto em diâmetro distal sob anestesia
- 2) Antissepsie + Apoiado de campo cirúrgico
- 3) Redução sob radioscopia
- 4) Fixação com 2 fios 1/2
- 5) Curativo
- 6) Tapa gessado



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av: Francisco Vidal de Moura, Nº511, Bela Vista, Serra Grande-PB,
CEP: 58955-000 Telefone: (83) 3498-1111

DECLARAÇÃO

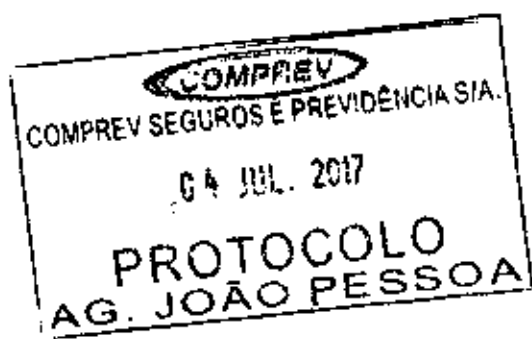
Declaro para devidos fins de direitos legais que a Senhor Francisco Yarlei de Freitas Correia, portador do CNS:162.1907.8773.0004, residente e domiciliado na travessa Severino Martins de Sousa de Serra Grande-PB, foi atendido na unidade básica de saúde do município de serra grande as 09 horas da manhã do dia 11 de fevereiro de 2017 e depois transferido no transporte da unidade de saúde diretamente para o Hospital Regional de Patos-PB.

Serra Grande, 06 de março de 2017.


Maria Edneide Lopes
Secretária de Saúde
Portaria 043/2016

Maria Edneide Lopes

Sec. Mun. de Saúde de Serra Grande-PB





Ata declaratoria

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE

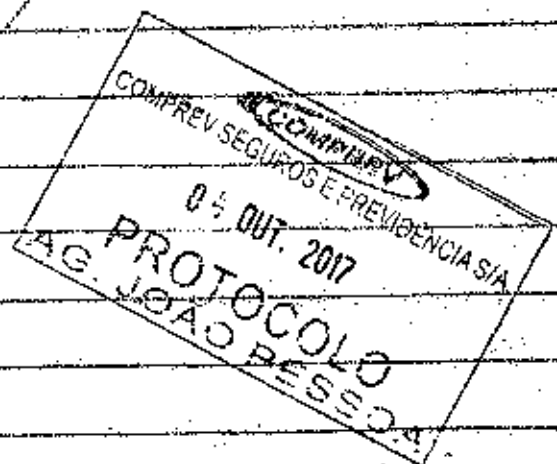
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Hospital Distrital de Tapoara
PARA: _____
ENCAMINHADO: Francisco Carlucci IDADE: 15 SEXO: masculino
RESIDENTE: T.R. Genildo Martins
MUNICÍPIO: Serra Grande UF: PA
PA: _____ MMHG _____ TEMP: 36,5 °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

man. a apresentar fratura
de fêmur esquerdo.
fratura fechada e estabilizada



11:02:17 HORA: 11:00h

[illegible]

RAIMUNDA RITA DA SILVA
TRAV. SEVERINO MARTINS DE SOUSA, 01 - BELA VISTA
SERRA GRANDE / PB CEP: 58955000 (AO: 212)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 0x230, 3x125 - Cota Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Potência: 5 - 225 - 700 - 5820 Referência: Fev/2017
Número do Contrato: 0003251830 Emissão: 07/02/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Multa Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.364.470
Código para leitura automática: 0003 11013364

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1101336-4

Fev / 2017

Canal de contato

Apresentação

07/02/2017

Data prevista da próxima leitura

10/03/2017

CPF / CNPJ / RANI

54840270453

Faturas em atraso

01/02/2017 22,33
01/03/2017 21,80
01/11/2016 34,65
01/03/2016 20,80
01/02/2016 48,21

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
07/02/17	07/02/17	1	80	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	80	0,44026	35,22
ICMS			9,68
PIS			0,42
COFINS			1,03

Histórico do Consumo (kWh)

Jan/17	44
Dez/16	49
Nov/16	33
Out/16	54
Ser/16	48
Ago/16	41
Jul/16	47
Jun/16	45
Maio/16	45
Abr/16	45
Mar/16	50
Fev/16	47

Média dos últimos meses

47

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR PT
ICMS	38,34	25,00	9,68
PIS	38,34	1,0958	0,42
COFINS	38,34	2,6300	1,03

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

01/03/2017

R\$ 38,34

9288.da2d.b1f2.acf9.026a.0817.7a1e.fcd8.

Indicadores de Qualidade

12/2016 - base anual

Limites da ANEEL	Atualizado	Limite da Tensão (V)
DC MENSAL	0,87	0,00
DC TRIMESTRAL	13,74	0,00
DC ANUAL	27,48	0,00
FC MENSAL	3,81	0,00
FC TRIMESTRAL	7,22	0,00
FC ANUAL	14,45	0,00
DMC	3,81	0,00
OCR	17,23	0,00

Comparação do total total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Energia de Def. da Empresa	10,04	26,18
Energia de Def. da Empresa	11,74	30,62
Energia de Def. da Empresa	0,89	2,30
Energia de Def. da Empresa	3,84	10,29
Energia de Def. da Empresa	11,23	29,12
Energia de Def. da Empresa	0,00	0,00
Total	38,34	100,00

Valor do FUSO (R\$) 12/2016 R\$ 10,08

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) situação(s) acima citada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/02/2017. Caso a situação não seja comunicada ou as contas não sejam pagas, o fornecimento poderá ser suspenso. Este prazo não vale para as faturas já reavistadas. O fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer das 24 horas, contada da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a suspensão em função da proteção ao crédito no caso de não pagamento. - Letra confirmada

ENERGISA PARÁIBA

Potência: 5 - 225 - 700 - 5820
Métrica: 1101336-2017-07-2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

01/03/2017

R\$ 38,34

8382000000-5 38340054000-1 11013362017-6 02202250019-7



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
04 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Francisco Varlen</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>19/02/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Sebom</i>	1º Auxiliar <i>Marcelo Serafim</i>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Px rádio distal</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Tretamento cirúrgico</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>O mesmo -</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Ocorreu acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligadurns - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

- ① Pto em tecido denso sob anestesia
- ② Antissepsie + Apoição de campos cirúrgicos
- ③ Redução sob radioscopia
- ④ fixação com 2 fios 16
- ⑤ Curativo
- ⑥ Tapa gerado

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DA PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
Francisco Carlos de Freitas Cordeiro						
CE	LEITO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
9	01	SUS	15	84120		
CIRURGIÃO			CIRURGIÃO			
Dr. Manoel Siqueira			Dr. Manoel Siqueira			
ANESTESIA			ANESTESISTA			
Dietrich			Dr. Manoel			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
Alfonso		14/02/12	16:40			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador		Equipos p/ sono e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	x	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	x	Lâmina de Bisturi
x	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Inalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Nescaim		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Urolral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Eter Sulfúrico
	Fentanyl 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestosin a 5%		Dreno Succión
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etidimidata		Xilocaína Gel
x	Ketalar		Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanxat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	x	Algodão Ortopédico
	Fotens		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	x	Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmico		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amlascina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Francisco Yaeli de Freitas Corrêa					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
DT. 02	LEITO 01	CONVÊNIO SUS	IDADE 15	REGISTRO 84420		
CIRURGIÃO Dr. Marcelo Serapim			HISTÓRIA DO PACIENTE Código: 316706 PRO METALCO LISO 2.000 (1) Lote: 20416 Registro: 40002 1000170016			
ANESTESIA Sedação			ANESTESISTA Dr. Marconi			
INSTRUMENTADORA Alfon		DATA 14/02/12	INÍCIO 16:40	FIM		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	x	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	x	Lâmina de Bisturi
x	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadum de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutoi	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelclm		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fentanli 0,05mg		Dreno Penroso
	Xilostoln a 5%		Dreno Siccão
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	x	Espandráp
	Etodimidate		Xilocaína Gel
x	Ketalar	x	Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	x	PVPI Tintura
	Dimorf	x	Gases
	Lanexal 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	x	Algodão Ortopédico
	Porono		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	x	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha do Formol
	Prostigmino		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 6 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefototina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixel Serapim		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piaeli		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esperta 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Thetil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abhocato 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Protene 2-0 c/ agulha
	Protene 0 c/ agulha		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Av: Francisco Vidal de Moura, Nº511, Bela Vista, Serra Grande-PB,
CEP: 58955-000 Telefone: (83) 3498-1111

DECLARAÇÃO

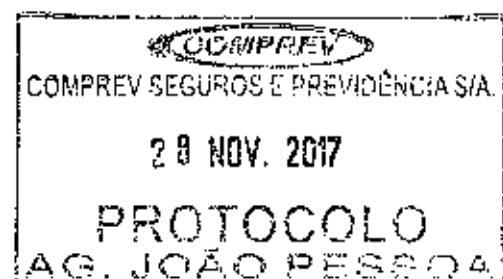
Declaro para devidos fins de direitos legais que a Senhor Francisco Yarlei de Freitas Correia, portador do CNS:162.1907.8773.0004, residente e domiciliado na travessa Severino Martins de Sousa de Serra Grande-PB, foi atendido na unidade básica de saúde do município de serra grande as 09 horas da manhã do dia 11 de fevereiro de 2017 e depois transferido no transporte da unidade de saúde diretamente para o Hospital Regional de Patos-PB.

Serra Grande, 06 de março de 2017.


Maria Edneide Lopes
Secretária de Saúde
Portaria 043/2016

Maria Edneide Lopes

Séc. Mun. de Saúde de Serra Grande-PB





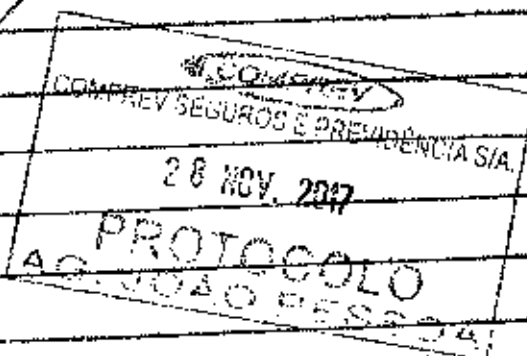
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Hospital Distrital de Taperoa
PARA: _____
ENCAMINHADO: Francisco Zarklykian IDADE: 15 SEXO: masculino
RESIDENTE: TR. Severino Martins
MUNICÍPIO: Serra Grande UF: PB
PA _____ MM/HG _____ TEMP 36,5 °C PESO _____ KG

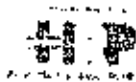
QUADRO CLÍNICO ATUAL:

man. a partir da fratura
de fêmur esquerdo.
Exame físico: paciente consciente



11.02.17 HORA: 11:00

Assinatura: _____
Carimbo: _____



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA

Telefone: (31) 3222-1111
Fax: (31) 3222-1111
E-mail: hospital@patos.pb.gov.br
Site: www.patospb.gov.br

Prontuario: 89420
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/hora: 11/2/2017 12:25:49

Servidor do Dr.

Paciente: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA

Idade: 15 Sexo: M

Par: FRANCISCO BENTO CABRAL
Mãe: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Endereço: SERRA GRANDE - PB - 58955-000 - 2515700
Cidade: TRAVESSA SEVERINO MARTINS
Bairro: BELA VISTA
Naturalidade: AGUIAR - PB
Fone: (53) 98616-9035

N. 01

Documentos:
CNS:
Identidade:
CPF:
Reg. Nasco: 8261

Informações adicionais:
Nascimento: 11/8/2001
Cor: PARDA
Estado Civil: N. INF
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: X

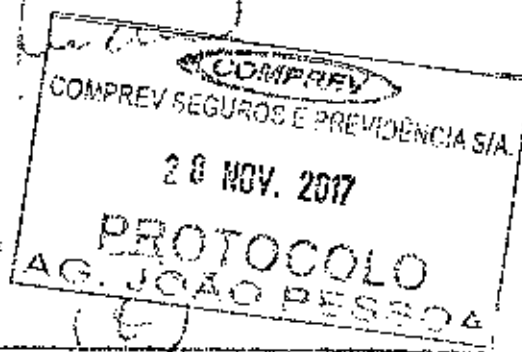
ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*frase no pulso (E)
foi pulso
Dor + colica*

EXAMES OBJETIVOS: (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame físico

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)



Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Sã Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____

Recepcionista: APARECIDA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Francisco Varlen</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>14/02/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Sereno</i>	1º Auxiliar <i>Marcelo Serafim</i>	
Anestesiista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ex radio distal</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Tumorectomia</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>o mesmo</i>		

Relatório imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Sereno

evento Durante a Cirurgia

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

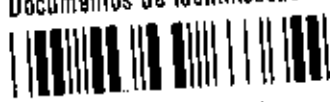
1º Pot em diâmetro dorsal sob anestesia 2º Antissepsia + Posição de campos cirúrgicos 3º Redução sob radioscopia 4º fixação com 2 fios 16 5º Curativo 6º Tapa gessado	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 28 NOV. 2017 PROTOCOLADO G. J. CAOP
--	---

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
Francisco Yarli de Freitas Corrêa					
DT	LETO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
09	01	SUS	15	24420	
CIRURGIÃO			CIRURGIÃO		Inscrição Profissional Código: 112708 FIO METALÚRGICO (Cód. 2.00009-0) Lote: 19411 Registro: 4.00011 1070910011
Tio Cirurgião Zumbido			Dr. Marcelo Swadlow		
ANESTESIA			ANESTESISTA		
Dedocas			Dr. Marcon		
INSTRUMENTADOR		DATA	HORA	INÍCIO	
Alfon		14/02/17	16:40		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador		Equipo p/ voo o sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	x	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	x	Lâmina de Bisturi
x	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Colôtor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Inalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Seta	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neoclin		Atadum de Crepom 10cm
	Halotano		Atadum de Crepom 20cm
	Thiopentotal	x	Atadum Gessado 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fentanyl 0,05mg		Dreno Penroso
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	x	Espandrapo
	Etidimidato		Xilocaína Gel
x	Ketalar	x	Alcool 70%
	Pubicováina 0,5%	x	PVPi Tintura
	Dimorf	x	Onco
	Lanoxal 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	x	Algodão Ortopédico
	Fornio		Cifrax
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Oxazepam	x	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmim		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 a/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eferti		Fio Cromado 1 a/ agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixal	COMPREV	Fio Cromado 2-0 a/ agulha
	Picell	COMPREV	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipifona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Esportin 0000 V	28 NOV. 2017	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tiadi		Cat-gut simples 2-0 a/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável	AC	Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 a/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 a/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 a/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIÁ
COMARCA DE PIANCO
MUNICÍPIO DE AGUIAR
DISTRITO DE

Cartório Único
CERTIDÃO

MARIA DO CÍRMO LACERDA

Of. do Reg. Civil

Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 8261

CERTIFICO que, às fls. 300 v, do livro nº A 9 de Registro de Nascimentos, foi extraído hoje o assento de FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA.:x:

x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x::

nascid o aos onze (11) de julho de dois mil e um (2001) às 8:00 horas e 20 minutos, em Hopsital, digo, Hospital Francisco Bento Cabral nesta cidade de Aguiar.

do sexo masculino

filh de Francisco Correia S. Brinho.

natural de ste Estado agricultor

e de Dona Maria Cleide de Freitas Correia

natural de ste Estado agricultora

Sendo avós paternos Jose Correia Brasil

e Dona Odete Maria da Conceição

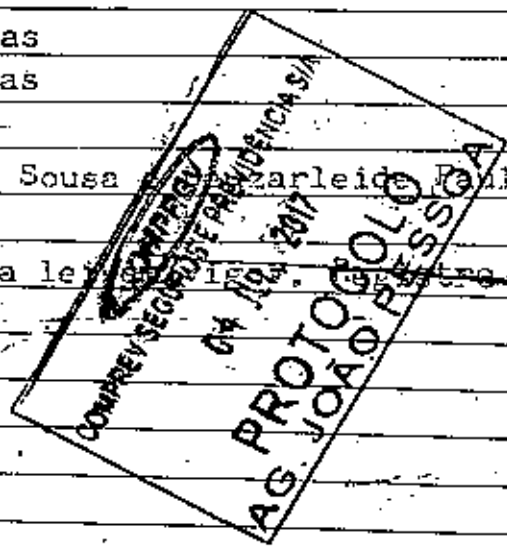
e avós maternos Antonio Egidio de Freitas

e Dona Terezinha Nunes de Freitas

Fol declarante O Pai

e serviram de testemunhas Sidiney Justino de Sousa Yarleide Paulo Leite

Observações: Registrado de acordo com a lei e feito em 18 de julho de 2001.



Cartório

Maria do Círmio Lacerda
Referido é verdade e dou fé.
Aguiar-Pb 18 de julho de 2001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-021

P-917

Maria Cleide de Freitas

ASSINATURA DO TITULAR

1980-11-06

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1980-11-06

Documentos de Identificação

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL N.º 2-0361-483-2 VIA EXPEDIÇÃO 14/06/2012

NOME MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

FILIAÇÃO ANTONIO EGÍDIO DE FREITAS

TEREZINHA NUNES DE FREITAS

NATURALIDADE AGUIAR-PB

DATA DE NASCIMENTO 06/12/1974

DOC. ORDEM CASAM N.º 7611-FLS. 24-LIV. 26

CARTÓRIO ELANCÓ-PB

CPF 032.725.574-90

ASSINATURA DO TITULAR

1980-11-06

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 JUL. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. CONTRAÇÃO DE EMPREGO
 5452161 SSP PE

CPF
 039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
 13/06/1978

PLACAO
 EDILSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISO
 23

PROTESTO
 D4119238871

VALIDADE
 21/05/2017

EMISSÃO
 14/06/2007

Observações
 sem observações

Assinatura do titular
 [Assinatura]

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 18/01/2013

Assinatura do titular
 [Assinatura]

54716448137
72051535814

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODA A TERRITÓRIO NACIONAL
678838355

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
678838355

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 04 JUL. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

OUT



CONTAR

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

R. Nº 01073783924-200/00000000

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

10160694485

NOV 06

PAS/MOTOCICLETA/MAO ADIC

HONDA/NXR160 PROS ESDD

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

PB Nº 0103027331387

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA LIDER PRIVAT

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

BILHETE DO SEGURO DPVAT

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

CONTAR

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

R. Nº 01073783924-200/00000000

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

10160694485

NOV 06

PAS/MOTOCICLETA/MAO ADIC

HONDA/NXR160 PROS ESDD

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

PB Nº 0103027331387

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA LIDER PRIVAT

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

BILHETE DO SEGURO DPVAT

JOSE FERREIRA ALVES FILHO

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

Itaporanga, 28 de Novembro de 2017.

Outros



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: Francisco Valdeir de Freitas Correia

SINISTRO: 3170.36 7870

Prezados Senhores:

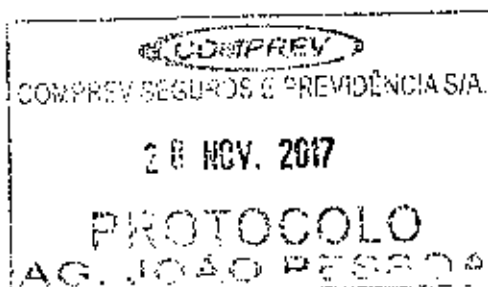
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Regional WEP Tomulhy Carneiro número de Prontuário 89420, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Edilson Rodrigues dos Santos

PROCURADOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170367870 **Cidade:** Serra Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA **Data do acidente:** 11/02/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170367870 **Cidade:** Serra Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA **Data do acidente:** 11/02/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170367870 **Cidade:** Serra Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA **Data do acidente:** 11/02/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DO DESVIO RADIAL EM 5°, E AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO RADIO ULNAR DISTAL, SINAIS DE SINOVITE DO PUNHO ESQUERDO ASSOCIADO A REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DE FRATURA MAIS FIXAÇÃO COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER NO DIA 14/02/2017, FOI IMOBILIZADO COM TALA ÁXILO PALMAR E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. PASSOU 40 DIAS COM OS FIOS E RETIRADA APÓS ESTE PERÍODO JUNTAMENTE COM A IMOBILIZAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Nacionalidade: BRASILEIRA

/Estado Civil: CASADA

Profissão: AGRICULTORA

Identidade: 2.036.483-19 VIA

/CPF: 032.425.544-90

Endereço: TRAVESSA SEVERINO MARTINS DE SOUSA, S/N, SERRA GRANDE - PB

OUTORGADO:

Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

/Estado Civil: CASADO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 5.652.161

/CPF: 030.247.064-09

Endereço: RUA: MARCEL PEREIRA CAVALA, NR 58, CENTRO, ITAPORANGA - PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima:

FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA

Local e data: ITAPORANGA/PB, 15/02/2017

X Maria Cleide de Freitas Correia

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



Cartório de Registro de Imóveis e Registro de Pessoas e Empresas de Itaporanga, PB, 15 de fevereiro de 2017.

Em res: Verdade da verdade

Nº 05 Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital: AEL4437-JW3N

Consulte a autenticidade em <https://sistemaelcigital.tpb.jus.br>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA** Sinistro: **3170367870** Data: **11/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA SEVERINO MARTINS DE SOUSA, SN, CASA - CENTRO - Serra Grande - PB - CEP 58955-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2036483**

Data local do exame: [**08/12/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. . AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DO DESVIO RADIAL EM 5°, E AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO RADIO ULNAR DISTAL, SINAIS DE SINOVITE DO PUNHO ESQUERDO ASSOCIADO A REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DE FRATURA MAIS FIXAÇÃO COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER NO DIA 14/02/2017, FOI IMOBILIZADO COM TALA ÁXILO PALMAR E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. PASSOU 40 DIAS COM OS FIOS E RETIRADA APÓS ESTE PERÍODO JUNTAMENTE COM A IMOBILIZAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 8085 - C.R.O. 24411
TELEFONE 14830



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11288311

A/C: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170367870 ASL-0255350/17

Vitima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA

Data Acidente: 11/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/02/2017**. 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
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar 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 **COMPREV SEGURADORA S/A** 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, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11288335

A/C: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170367870 ASL-0255350/17

Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA

Data Acidente: 11/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta nº: 11811813

A/C: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Sinistro: 3170367870 ASL-0255350/17
Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA
Data Acidente: 11/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA**

Nº Sinistro: **3170367870**

Vitima: **FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA**

Data do Acidente: **11/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170367870**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA**

Sinistro: **3170367870**

Vítima: **FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA**

Data do Acidente: **11/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170367870** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12113758

A/C: MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA

Nº Sinistro: 3170367870
Vítima: FRANCISCO YARLEI DE FREITAS CORREIA
Data do Acidente: 11/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005778-9**

Conta: **000000005339-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.036.983-28 UA EXPEDIDO POR SSD/PB EM 14/06/2014 ECPF 0322725544-00 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ NAO POSSUI (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO YARLEI FREITAS CORREIA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5748-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0005339-2

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.

ITAPORANGA/PB 28 de JUNHO

LOCAL E DATA

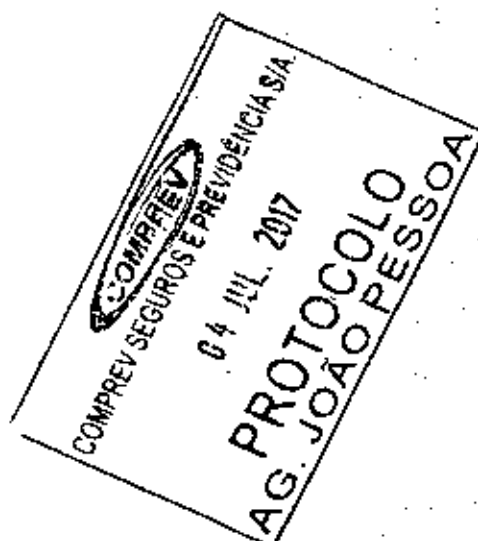
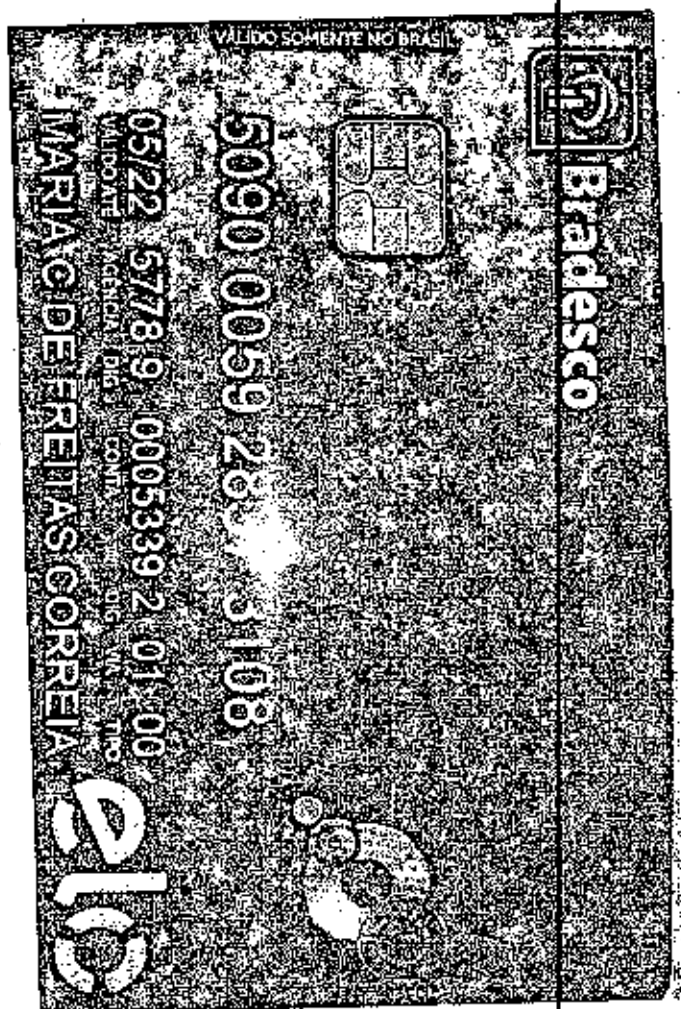
de 2014

Maria Cleide de Freitas Correia
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 0800-0211204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA CLEIDE DE FREITAS CORREIAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.036.983-28 UA EXPEDIDO POR SSP/PB EM 14/06/2017 ECPF 032725544-00 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTORAE RENDA MENSAL DE R\$ NAO POSSUI (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO YARLEI FREITAS CORREIA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5748-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0005339-2

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 RECEBIDO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPORANGA/PB 28 de JUNHO

de 2017

LOCAL E DATA

Maria Cleide de Freitas Correia

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



Bradesco



5090 0059 283 3108

05/22 5778 9 0005339 2 01 00

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

DIG

CONTA

DIG

VIA

TIPO

MARIA C DE FREITAS CORREIA

elo

