

TIM S.A.
Rua Lídio Góes, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 00.421.425/0024-08 - IE: 134445835
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

SETIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 149,32

VENCIMENTO
25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEM: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
54325-000 - ELESBÁO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aqueles viagem, jantar fora ou final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
<input type="checkbox"/> CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/5MP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutas locais e DDD com 4:

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO:	VALOR
-	-	1	30	07/11 a 06/12	189,99
-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00	139,99
10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FLUSTR.	R\$ 0,72
ICMS	50%	R\$ 108,00	R\$ 54,00	FLUTTEL:	R\$ 0,36
FISICOFINS - Serviços Telecom.	3,65%				
FISICOFINS - Serviços Non Telecom.	4,61%				
FISICOFINS - Serviços Válo Telecom.	5,12%				

Em conformidade à Lei 12.711/2012.
As contribuições da FUST (1%) e FUNETEL (0,3%) não são repassadas às tarifas.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Válo Telecom (SVA)
Incluídos no(s) Plano(s):
Franquia(s): R\$ 137,49
SVA: R\$ 52,50
Desconto(s) Franquia(s): R\$ -26,18
Desconto(s) SVA: R\$ -12,82

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

SETIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para o central de atendimento TIM.

Nº de identificação da fatura: 3613257115

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
DEZ/2018

DATA DE EMISSÃO
07/12/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/12/2018

VALOR
R\$ 149,32

VIA BANCO

3452000001 - 2 49320109011 - 2 00361325711 - 6 50123536776 - 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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, tem 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 Adriana Carla de Souza Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433-11/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Indilso Pereira, inscrito (a) no CPF sob o N° 019.474.403-53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Indilso Pereira, inscrito (a) no CPF sob o N° 019.484.493-53, 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 <u>Rua 7 de Julho</u>	Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.325-000</u>	
Outro <u>Nº</u>	Cidade <u>Elísio Pinheiro</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(86) 994022754</u>
Email <u>carladionasam@gmail.com</u>		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99981.6008</u>

02 de Janeiro de 2019
Local e Data

Adriana Carla de Souza Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

14 JAN 2019

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mateus Alves Soares, RG nº 2973126, data de expedição Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 039930923-33, com domicílio na cidade de **Morro Agudo**, no Estado de **São Paulo**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **João Batista Pavão**, nº 38, complemento **Casa**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **Indelso Pereira da Silva**, cujo o condutor era **Indelso Pereira da Silva**.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 TITAN KS

Ano: 2006-2007

Placa: DLY0257

Chassi: 9C2KCO8107R086948

Data do Acidente: 26\06\2016

Local: Morro Agudo

Assinatura do Declarante

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

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

Reconheço verdadeira _____ a _____
firma Indelso Pereira

17 DEZ 2018

Tabelião de Notas e de Protesto

Pça. Engenheiro Penha, 57 - Centro - 14840-000 - Morro Agudo / SP - Fone/Fax: (19) 3851-0000
Reconhecido por assinatura (a(s)) firmado(s) de 17/12/2018 de
MATEUS ALVES SOARES em documento sem valor econômico
que dou fé.
Morro Agudo, 17 de Dezembro de 2018
R\$ 6,00
WELLINGTON DAS REIS FERREIRA - Escrivente Autorizado
0428AAA0140006 - FISN
Válido Somente com o Selo de Autenticidade



Em testemunha at _____
Elesbão Veloso-Piau _____ de _____ de 18
Elesbão Veloso-Piau _____ de _____ de 18
Elesbão Veloso-Piau _____ de _____ de 18

Estevâo
Martão Inez do Vale Lend
Escrivente Substituto
Cartório 2º Ofício
Elesbão Veloso - PI

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 612437

Registro : 33654

Paciente : INDELSO PEREIRA

Código :  CNS : 160506524230006

Beneficiário: 08540801659286197

Dat.Nasc....: 22/08/1987

Idade: 28A10M4D

Sexo: M

Estado civil: SOLTEIRO

Endereço ...: MARANHAO 53

Bairro: CENTRO

Cidade: MORRO AGUDO

CEP: 14640000

Estado.....: SP

Fone: 92873650

Conjuge

Nome Pai ...: IGNORADO

Nome Mae ..: MARIA OLINDA PEREIRA

Raça/Cor ...: PARDA

Fone

Documento : 50247093

Descrição da Ocupação: LAVRADOR SE

Nome Contato

Telefone Contato

DADOS DA INTERNACAO

Médico: 84 MARCEL FRISENE

Convenio: 43 UNIMED FEDERAÇÃO RIB.PRETO -COOP.TRAB.MÉDICO

Guia: Vencimento da Guia.....

Caráter: URGENCIA/EMERGÊNCIA (URBANO)

Clínica: CLÍNICA MÉDICA

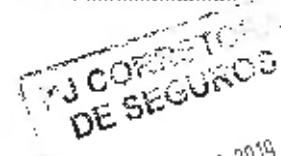
Dat Internação: 25/06/2016

Hr Internação: 20:55

Leito: 7B Padrão de Direito: APARTAMENTO STANDARD

Recepção: DAIANE CRISTINA DA SILVA

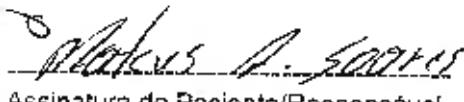
Diag Definitivo: Data Alta: / /

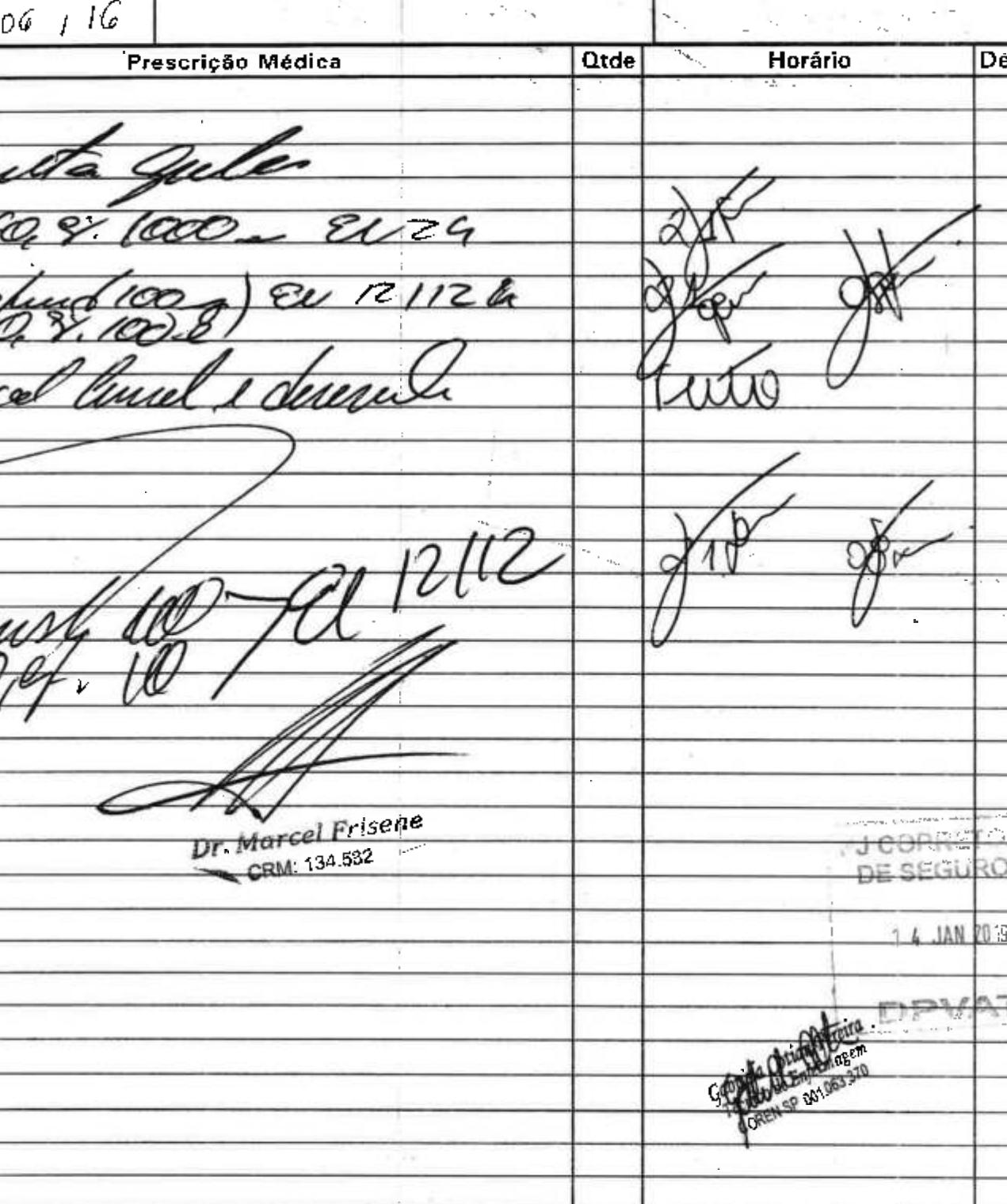
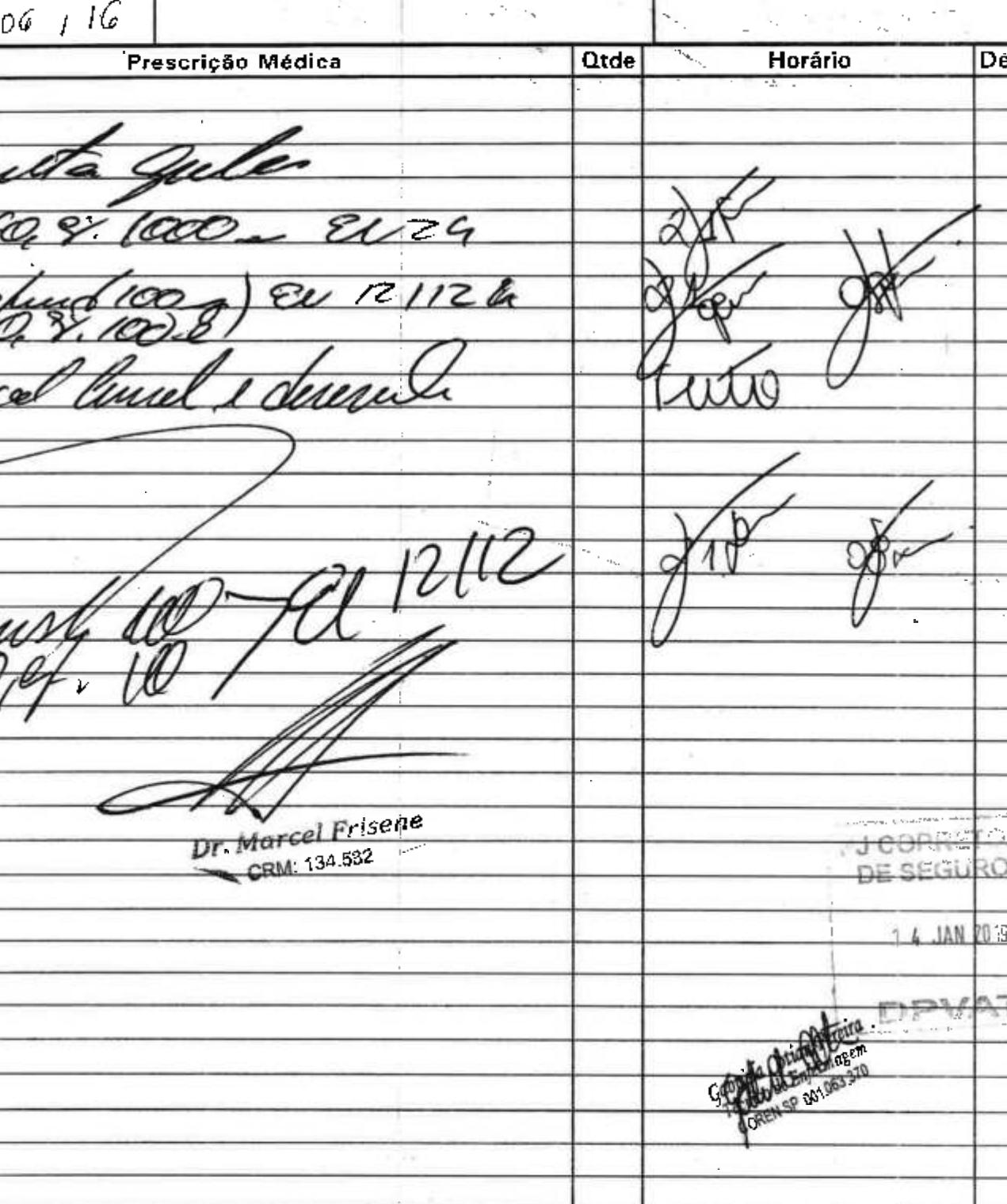
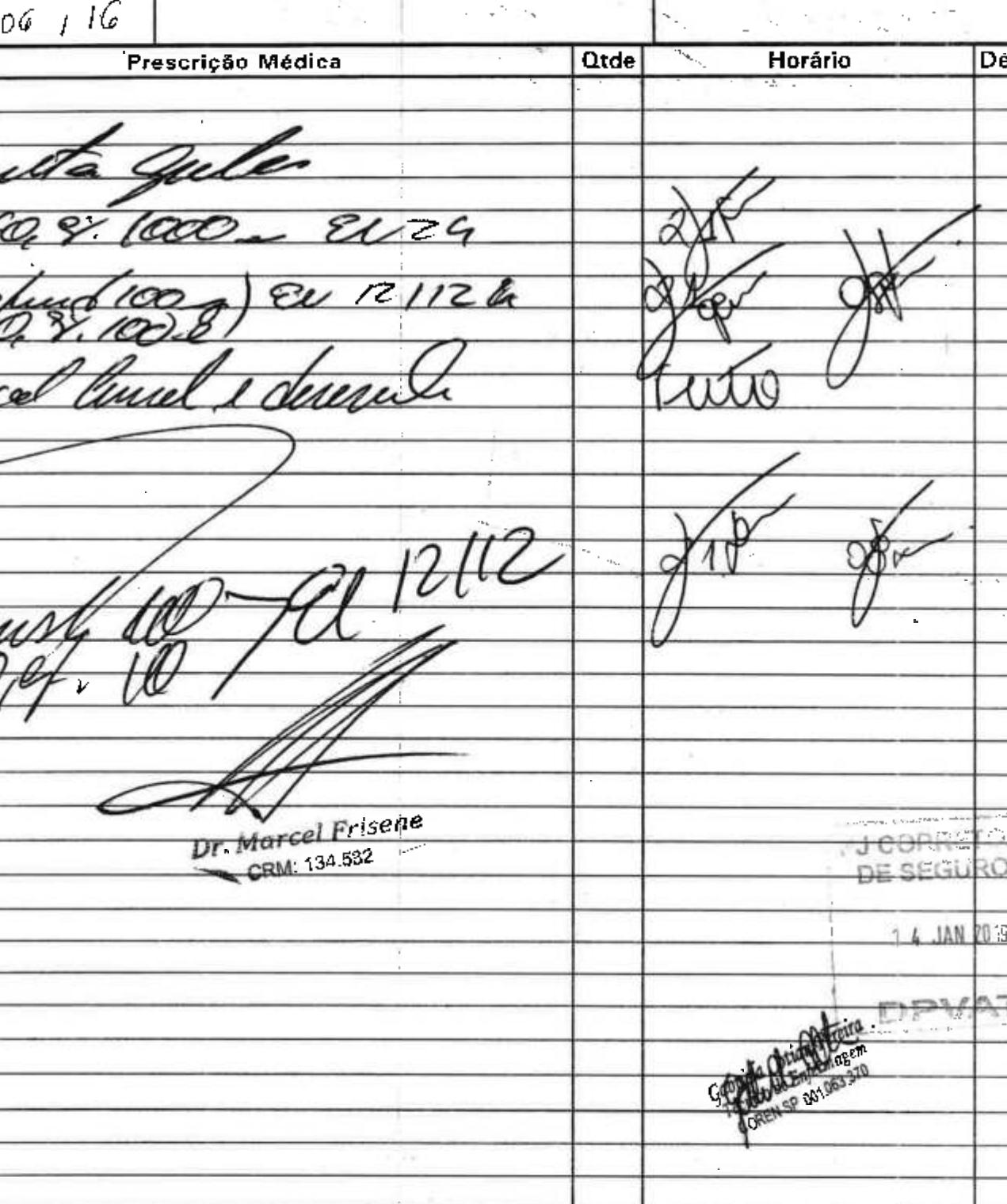
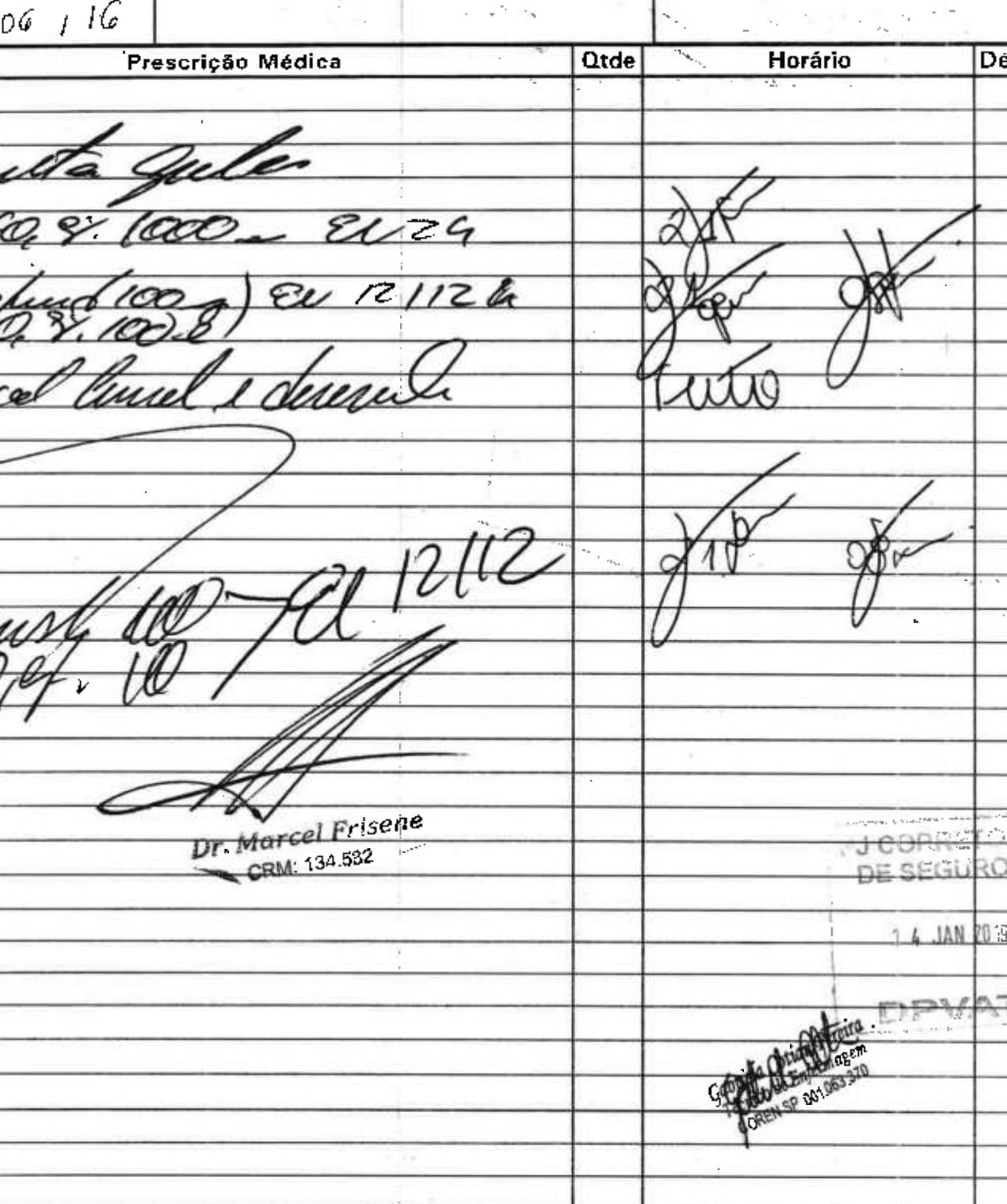
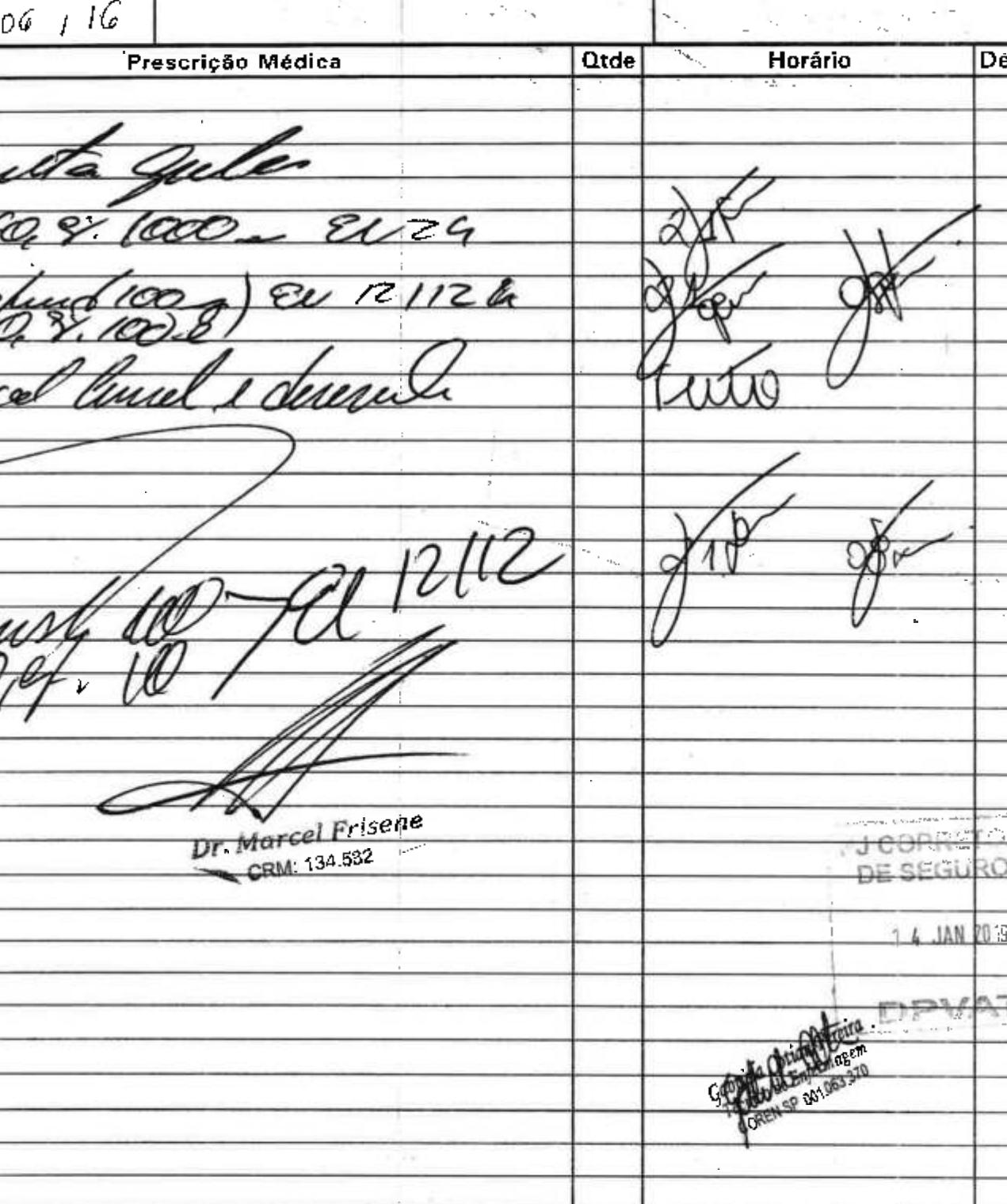
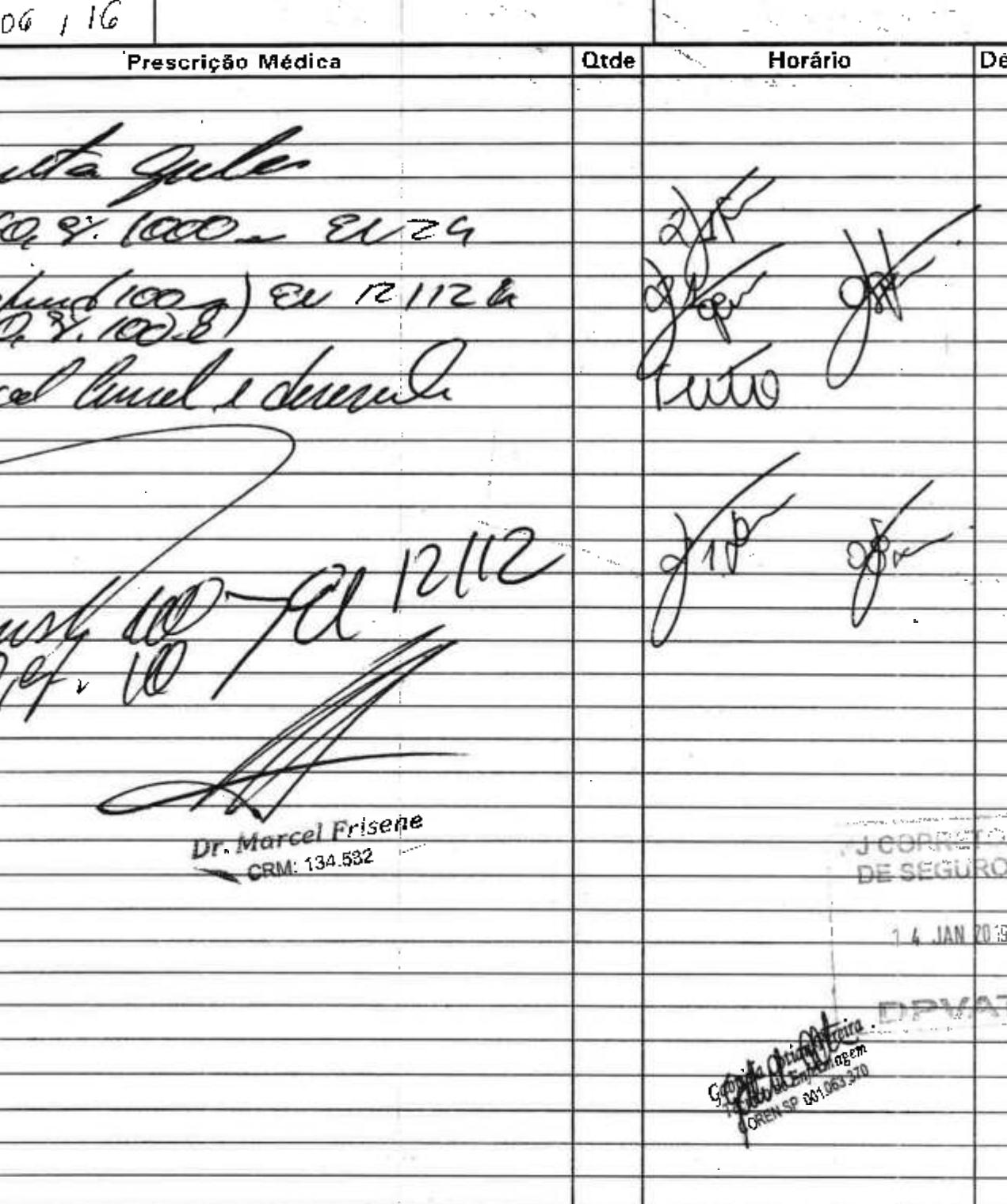
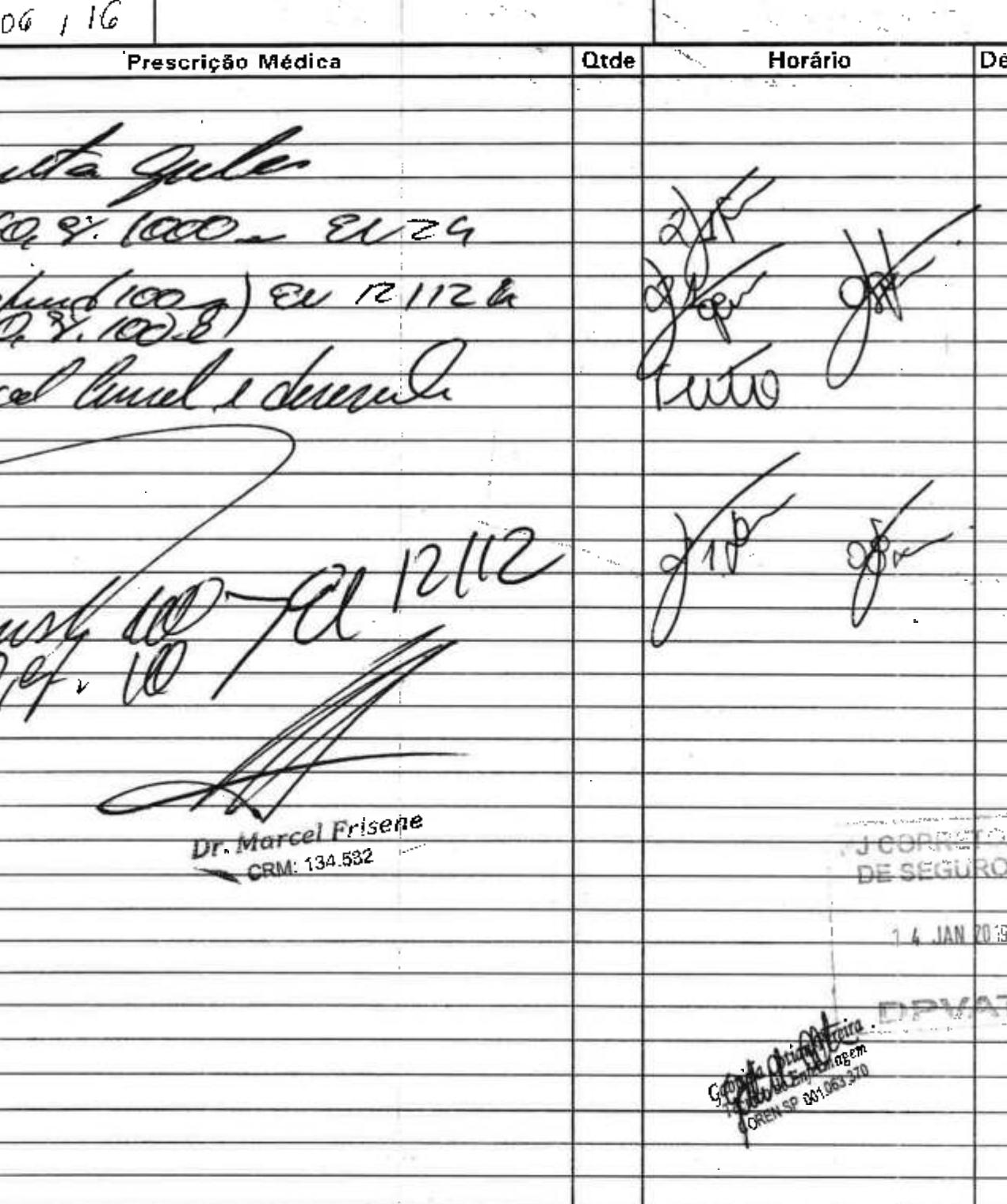
Tipo de Alta : () CURADO () MELHORADO () ENCAMINHADO
 () ÓBITO () A PEDIDO () EVASÃO
 () COMPLEMENTAÇÃO NO AMBULATÓRIO
 () OUTROS:A U T O R I Z A Ç Ã O

14 JAN 2018

APV/AT

Eu, abaixo assinado, AUTORIZO o HOSPITAL SÃO MARCOS DA SAMA, por intermédio de seus médicos, a realizar todo e qualquer tipo de tratamento que necessite o paciente acima documentado, liberando-a doravante de toda e qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer, desde que os referidos procedimentos estejam de acordo com o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.


Assinatura do Paciente/Responsável

HSM HOSPITAL SÃO MARCOS		Reg.: 33654	Nome do Paciente: Lindoso Pereira		Prescrição Médica	
		Qto./Leito:	Idade: 28 an	Tipo/RH:		
Data: 25/10/16		Médico Resp.:			Assinatura:	
Prescrição Médica			Qtde	Horário		Dév
O Rauita gelar O 1% 100g ev 24 O Holofund 100g ev 12/112a 1% 100g Local anel e desenho						
						
						
						
Relação de Materiais e Insumos						
Qtde.	Material/Insumo	Qtde.	Material/Insumo			
01	scalp 21					
01	equipo					
NOM e manta drap						



HOSPITAL
SÃO MARCOS

Reg. No.

33654

Oto / eito

Nome do Paciente:

Indelso Pereira

dade:

DATA	HOR.	PA	P	T	FC	BCF	DIUR	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
								EVOLUÇÃO	INTERVENÇÕES
25	12x8	90 76						<p>21:00 hrs Paciente admitido nessa unidade hospitalar aos cuidados de Dr Marcelo, acompanhado no leito, permanecendo acesso venoso em M5B com scalp 21 instalado porolo tape conforme prescrita médica, referindo algia região cervical afetidossil e anelado.</p> <p>Paula F. Alves Braga Enfermeira COFEN 196542</p>	
26	12x8	88 36						<p>Pct em PD com 21 comensuras dutoal varrendo ovo de cimento refere algia em regia cervical. Acalmado com opuntiunha fracionada 5gr e gnotado. Sobe ao cuidado da Enfermeira Paula F. Alves Braga Enfermeira COFEN 196542</p> <p>Paciente encaminhado para hospital de referência - Enfermeira Paula F. Alves Braga Enfermeira COFEN 196542</p> <p>11 JAN 2010 DE SEGUNDO</p>	
06									
13:00									

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Frontuário

122485

Nº. Aendimento: 835933 Sequencial: 1 Convênio: 54 - UNIMED C VALE DO ROSARIO
 Prontuário: 122485 INDELSI PEREIRA
 Data / Hora: 26/06/2016 14:12

Quarto/Leito:

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVANI nº 38, MARTINS LOURENCO

Cidade: MIRRO AGUDO

UF: SP RG:

CPF:

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M Data Nasc: 22/08/1987

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Empresa: SEB BIONERGIA S.A

Telefone Empresa:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Pai:

Nº Cartão SUS:

Nº Convênio: 08540801659286197

Responsável: INDELSI PEREIRA

CPF:

RG:

Diagnóstico inicial:

Diagnóstico final:

Observações:

Nº local Raio X:

sequência:

Data: 26/06/2016 Hora: 14:12

Médico: HERME BARBIERI LEME DA COSTA

Anotações: TOMO LOCUNA CERVICAL, UNIMED AUTO EXTERNO

SALA DE TOMOGRAFIA

Materiais Utilizados

Código	Qtd	Prescrição Médica	Código	Qtd	Descrição
26	1	TOMOGRAFIA	06	1	
06	1	Col cervical	06	1	
26	1	CEMI CONTRASTE	26	1	

Ficha de Internação e Alta

Nº do Pronto-Social: 186036

Dt. Internação: 26/06/2016

Hora: 14:37

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res.: 11981984709 Fone Com.:
 Est. Civil: SOLTEIRO(A)
 RG: 2050247093 CPF: 019.484.493-58
 País:
 Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS:
 Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640000
 Fone Com.
 Nascimento: 22/08/1987 Idade: 28
 Certidão Nasc.:
 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATHEUS ALVES SOARES
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res.: (11)98198-4709 RG: CPF:

Dados da Internação

Médecos: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA Caráter: URGÊNCIA
 Médicos:
 Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO Clínica: 1 CLÍNICA
 Nº do Convênio: 08540801659286197
 Lote: 114A Acomodação: 1/2 APARTAMENTO
 Observação:
 Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VITAL

Informações sobre Diagnóstico

Qualificação principal e duração:

*Queda no teto 01
Centrálge*

História pregressa da moléstia atual:

Poli traum.

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

14 JAN 2019

 Curado Óbito Melhorado Necrópsia Mesma Estado

Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora	Observações
20/06/16	nf. paciente admitido para tratamento clínico no contexto de 2 queimaduras na face de um de moto ciclistas mantendo colar cervical reforçado e paciente encaminhado em MTC em jelsa H e medidas de suporte preventivo.
20/06/16 16	17hrs: paciente volta médica - retiro do colar cervical pelo enfermeiro
20/06/16	Paciente com DPOC (calmo, eufórico), conversante, orientado, mantendo sondagem naso-gastrica m.d., referiu forte alguma p/ a medicação C.P.N. Diurese presente, excretas abundantes. Pupilas pupilas SSW e auscultador. Télima
20/06/16 27/6	Paciente referiu leve alguma. Na fala clara, reflexos S.P.R. e medicado C.P.N. Sigue as cuidados (télima)
21/06/16 08:20	alta

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DE	INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
			()01 ()02 ()03 ()04 ()05 ()06 ()07 ()08	
			()01 ()02 ()03 ()04 ()05 ()06 ()07 ()08	
			()01 ()02 ()03 ()04 ()05 ()06 ()07 ()08	
			()01 ()02 ()03 ()04 ()05 ()06 ()07 ()08	
			()01 ()02 ()03 ()04 ()05 ()06 ()07 ()08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

HBSA

Prescrição Médica

1214105

Intendente: 186036 **Prontuário:** INDELSON PEREIRA
Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
Comunidade: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Data: 26, 06, 16

Quarto/Leito: 114A

Evolução Clínica:

Paleozoic Mississippian 51 P. f. 3
Coral Group in West
C. D. Poston

Materiais Utilizados	QTD	Devot	Materiais Utilizados	QTD	Devot
aniso	01		Seringa 3ml	01	
agujas	01		Aguja 40x12	01	
clips zins	01				
elcos	02	01			
água 500 ml	80				
alumina	01				
seringa 3ml	06				
cubos 25x8	04				
gutta 40x12	02				

Rua Idelso Perini, 28a,
Orlândia,
Praia viciou de acidente de moto,
vive com quadro de cintilgâos
na face de coloração.
No Rx vive com suspeita de fratura
de C5-C6.

Encaminho para TC de coluna
e avaliação da Neurologia
Aos cuidados Dr. Guilherme.


Dr. Marcelo Frisene
Ortopedia/ Traumatologia
CRM - SP 134582

ANS 32415-9

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186123

Dt. Internação: 30/06/2016

Hora: 10:07

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone/Fax: 11981984709 Fone Com.
 Estado: SÓLITEIRO(A)
 RG: 50247093 CPF: 019.484.493-58
 País:
 Empres.: LDC

Nº do cartão do SUS:
 Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640000
 Fone Com.
 Nascimento: 22/08/1987 Idade: 28
 Certidão Nasc.:
 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone/Fax: (11)98198-4709 RG:
 CPF: 039.930.923-33

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
 Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO
 Nº do Convênio: 08540801859286197
 Leito: 132B Acomodação: 1/2 APARTAMENTO
 Observação: 16 99366 4300
 Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Caráter: URGÊNCIA

Clínica: 1 CLÍNICA

Quadro principal e duração:Informações sobre Diagnóstico*Por salgo*Histórico pregresso da moléstia atual:*Padoreto de no 70*Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:*Treatmento clínico malhação*

Código:

Condições de Alta Morto Óbito Melhorado Necropsia Mesmo Estado*Assinatura do Médico*

DATA: _____ / _____ / _____

Para preenchimento do Técnico

Preenchimento obrigatório para a realização dos exames:

TÉCNICO: WCT

Urografia Extratetra

TIPO DE EXAME:

Histerossalpingografia

() COM CONTRASTE () SEM CONTRASTE

Tomografia Computadorizada

AlvarengaCONVÊNIO: Unimed CÓDIGO: 034000659286197 MÉDICO SOLICITANTE: Gil AlmeidaNome do Paciente: INDELSO PereiraRG: 50217093 CPF: 019.484.493Sexo: () Fem. () Masc. Peso: 60 Kgs Idade: 28 anos Data de Nascimento: 22/10/83/1983Profissão: 20. Magistrante Fone: (16) 3851-5823Endereço: Rua 7000 Q. Pavani N° 38Bairro: Morumbi Cidade: Morro Agudo Estado: SP CEP: 14640Nome do Pai: Maria OLINDA Pereira Nome da Mãe: _____Os itens abaixo deverão ser respondidos com muita atenção, pois os mesmos podem mudar a conduta do médico radiologista.

- Q1- Você tem asma? () SIM () NÃO
 Q2- Você tem algum tipo de alergia? () SIM () NÃO
 Q3- Você tem alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO Qual? _____
 Q4- Você tem alergia a algum alimento? () SIM () NÃO Qual? _____
 Q5- Você tem algum tipo de Cardiopatia ou sofre do Coração? () SIM () NÃO
 Q6- Você tem pressão alta? () SIM () NÃO
 Q7- Você tem Diabetes? () SIM () NÃO

Em caso Positivo:Antes da realização do exame é necessário verificar os níveis de glicemia e as provas de função renal e se toma a intihiperolemante oral (Glifage 850 mg ou Glucoformina-Cloridrato de Metformina).Se fizer uso de alguns destes medicamentos, o mesmo deverá ser suspenso por 48 horas, pois se for injetado o contraste no paciente, poderá apresentar insuficiência renal aguda. Não hesite em nos informar.

- Q8- Você já realizou algum exame de raio-x em que injetou contraste? () SIM () NÃO

Em caso Positivo:
 Teve algum tipo de reação ao contraste? () SIM () NÃO

- Q9- Você já foi submetido a alguma cirurgia? () SIM () NÃO
 Qual parte do corpo? _____ Motivo: _____

- Q10- Porque seu médico solicitou este exame: _____

Este questionário é muito importante para a equipe médica. Você será submetido (a) a um exame em que se injetará por via venosa contraste Iodado. Este poderá ou não causar-lhe algum tipo de reação alérgica.

Qualquer dúvida comunique-se com nossas recepcionistas que irão orientá-lo (a).

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186202

Dt. Internação: 05/07/2016

Hora: 09:44

Dados do Paciente

Nome: INDELSOM PEREIRA
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res: 11981984709 Fone Com.
 Est. Civil: SOLTEIRO(A)
 RG: 50247093 CPF: 019.484.493-56
 Pai:
 Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS: 160 5065 2423 006
 Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640000
 Fone Com.
 Nascimento: 22/08/1987 Idade: 28
 Certidão Nasc.:
 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res: (11)98198-4709 RG:
 CPF:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA Caráter: URGÊNCIA
 Médico:
 Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO Clínica: 2 CIRÚRGICA

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 130B Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Fractura Tóraco

História pregressa da moléstia atual:

Acidente Moto

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Trotanato Críptico - Arrodilho

Código:

Condições de Alta

 Curado Óbito Melhorado Necropsia Mesmo Estado

Assinatura do Médico

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

NOTA CENTRO CIRÚRGICO

Nº 44056

Registro Nº

186202

Convênio

Enmed 4

Data

06 / 07 / 16

Nome do Médico

Dr. Guilherme

Identificação do Paciente

Equipe Médica

Nome

Cirurgião

Anderson Perin

Dr. Rosanez

Cirurgia

Anestesia

Inicio	Término	Inicio	Término	1º Auxiliar
13:20	15:45	13:00	15:45	Dr. guilherme

Cirurgia Artroscopia da Coluna Vertebral

2º Auxiliar

Dr. Roberto Rosanez

Equipamentos Cirúrgicos

3º Auxiliar

(X) Arco cirúrgico	() Monitor Cardíaco	Anestesista
(X) Bisturi Elétrico	() Oxímetro de pulso	Dr. Antônio L. Dr. Chaves
(X) Bisturi Bipolar	() CO2	Instrumentador
(X) Capinógrafo	() O2 Aparelhagem	Daniel / Eliana
() Microscópio	() Nitrogênio	Circulante
(X) Oxigênio 03 l/min In: 13:20 Térn. 15:45		Michelle + Monique

ÓRTESE E PRÓTESE

08 unid parafuso pedicular prf 5.5x40		
08 unid porcar		
02 unid barrar 320mm		
03 Cromolinks 36-43	03 unid Opste	

MATERIAIS DIVERSOS

Qtde	Tipo	Especificação	Qtde	Tipo	Especificação
01	unid	transfix	01	uni	flac circ
02	unid	seringa 60ml 30	01	uni	anima multi
02	unid	cambava 1cm			
01	unid	cera viva			
02	amp	cloramina			
03	env	nylon 3-0 cfa 5			
04	env	nylon 3-0 cfa 3.7			
02	env	nylon 2-0 cfa 3			
02	unid	gaze zetek			
01	amp	flumazepam			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora

۱۴

Vacuna de suero antirrábico para barro de la pena
máxima. Dosis TTE 0277561
Manejo calmo no auto
mantén do colote, ofre de 5 sds
se que sob em do los

20

Recente nro. destr. que entro no sime-
mento São Paulo, aparece o SSI de Marapéba.

5

Recent suggested vernacular name re
legs appear to be SAW-TEETHED SPURS
no plants

9/2 10:55 alta

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DATA/INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS



Unimed Alta Mogiana
Cooperativa de Trabalho Médico

RECEITUÁRIO

INDELSO PEREIRA

PACIENTE COM FRATURA INSTÁVEL EM COLUNA TORACICA
SERÁ SUBMETIDO à ARTRODESE VIA POSTERIOR.

*GUILHERME BARBOSILLEME DA COSTA
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM-122.824/TEOT: 11.546*

ORLÂNDIA, 05 de JULHO de 2016

Avenida Dez, 685 – Centro
CEP 14.620-000 – Orlândia – SP
Fone: (16) 3820-4166 – Fax: (16) 3820-4426
CNPJ: 57.713.900/0001-09
e-mail: orlandia@unimedmogiana.com.br

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlândia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSO PEREIRA

Ident. 635727

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 06/07/2016 Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 14d

Convênio UNIMED INTERNADO

RADIOSCOPIA P/ PROC. CIRÚRGICO

Radioscopia para procedimento cirúrgico.



Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marilia C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

CHECK LIST PARA CIRURGIA SEGURA

ANTES DA CIRURGIA		APÓS TÉRMINO DA CIRURGIA	
DATA 06/07/2016		INSTRUMENTAIS, GAZES E COMPRESSAS CHECADOS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
NOME PACIENTE: <i>Frederico Ferreira</i>		EXAMES DEVOLVIDOS AO SETOR: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Antrroscopia Colunoviscos + Detecção		MATERIAL ENCAMINHADO PARA EXAMES: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
CIRURGIA: DR. <i>Guilherme + Dr. Romanez</i>		SANGUE DO RN FOI COLHIDO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
PEDIATRA COMUNICADO?: <input type="checkbox"/> SIM DR		ENFERMEIRA:	
ANESTESISTA: DR. O. K. Riva + Dr. Chaitanavir			
CIRCULANTE: <i>Thiago + Annepina</i>			
LOCAL: <input type="checkbox"/> DIREITO <input checked="" type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
JEJUM CHECADO?: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> DIABÉTICO			
EXAME PRÉ OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
CARTÃO PRÉ NATAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
COMUNICADO RADIOLOGIA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
DEGERMAÇÃO DO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM			
RETRADA DE PRÓTESES, JÓIAS E ROUPIAS DE BAIXO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
PLACA DE B. ELÉTRICO COLOCADO CORRETAMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
HÁ RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
HÁ NECESSIDADE DE UM 2º ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
SANGUE RESERVADO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
INSTRUMENTAL PREPARADO E ESTERILIZADO?: <input checked="" type="checkbox"/> SIM			
APARELHO DE ANESTESIA CHECADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ANTIBIÓTICO: <input type="checkbox"/> ANTES DA INCISÃO <input type="checkbox"/> APÓS INCISÃO <input type="checkbox"/> 1ª DOSE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlando-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSO PEREIRA

Ident. 644171

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/08/2016 **Sexo** Masculino

Idade 29a. 0m. 8d

Convênio UNIMED AMBULATÓRIO

COLUNA TORACICA

Artrodesis posterior consolidada torácica, fixada por material metálico.

Colabamento parcial de T 7.

Espaços discais conservados.

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSO PEREIRA

Ident. 634647

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/06/2016 Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 8d

Convenio TOMOGRAFIA

T.C. DA COLUNA TORÁCICA BAIXA

TÉCNICA:

Exame realizado em Aparelho de Tomografia Computadorizada Espiral com aquisição de imagens de 3,0 mm de espessura e reconstruídas a cada 1,5 mm, de toda a coluna dorsal. Foram feitas reconstruções nos planos coronal e sagital, e axiais nos espaços de disco.

DESCRIÇÃO:

Fratura completa com achatamento do corpo vertebral de T 7. Há fratura também do platô vertebral superior do corpo de T 8.

Não há desvios posteriores de fragmentos ósseos.

Canal vertebral livre e de calibre preservado.

Há discreta luxação lateral esquerda do corpo vertebral de T 7 sobre T 8.

Demais corpos vertebrais, elementos posteriores e arcos costais integros

CONCLUSÃO:

Quadro tomográfico compatível com:

Fratura de corpo vertebral de T 7 e platô superior de T 8, com discreta luxação lateral T 7 - T 8.

Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marilia C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2012

DRYAD



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032450 **Cidade:** São Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INDELSO PEREIRA **Data do acidente:** 25/06/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA 7^a VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8^a VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032450 **Cidade:** São Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INDELSO PEREIRA **Data do acidente:** 25/06/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA 7^a VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8^a VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA ESTRUTURA TORÁCICA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Indelso Pereira BRASILEIRO (s) ESTADO
CIVIL: Pauciade, PROFISSÃO: Mecânico de máquinas, RG: 050241099-3 CPF/MF
N°: 019.484.493-58 RESIDENTE E DOMICILIADO (z) A
RUA: Sociedade Yque Xique S/n zona rural
CIDADE DE: Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO: Piauí CEP: 64.325-000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOC CPF N° 349.324.433-63 E RG 505
N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CTG A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Sesep.

Oas.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

JO CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Reconheço verdadeira
firma Indelso Pereira

Em testemunha: Wils
Elesbão Veloso - PI, 14/02/18

Escrevente:

Maria da Glória Leal Sousa
Escrevente: Comprovada
Cartório 2º Ofício
Elesbão Veloso - PI



Comarca de Elesbão
Veloso - PI
Cartório 2º Ofício
(86) 3285-0000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014791/19

Vítima: INDELSO PEREIRA

CPF: 019.484.493-58

Data do acidente: 25/06/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INDELSO PEREIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

INDELSO PEREIRA : 019.484.493-58

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

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032450

Vítima: INDELSO PEREIRA

Data do Acidente: 25/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INDELSO PEREIRA

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

00167919 019.484.493-58 Endelso Pereira.

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Endelso Pereira.

Profissão:

Operador de Máquinas

Endereço:

Operador de Xique Xique

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Eduardo Góes

Estado:

SC

CPF:

019.484.493-53

Número:

571

Completo:

Pra. Brasil

CEP:

64.325 - 000

Tel. DDD:

186 99816009

E-mail:

Recusado - se.

Tei. DDI:

186 99816009

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ATENHA-SE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Anexe uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (analegue 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 declaração apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da eventual natureza de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da firmada ou assinatura do beneficiário	Local e Data: <i>Eduardo Góes SC 02/01/2019</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1^a | Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

2^a | Nome:

CPF:

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

00167919 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Endelso Pereira.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo:

Endelso Pereira.

Profissão:

M. de Máquinas

Endereço:

Rua da Xique Xique

Cidade:

Eliseu Veloso

Estado:

CEP:

019.484.493-58

Número: 571 Complemento: Pra. Brasil
CEP: 64.325-000
Tel. DDD: 86 3008 16009

Endereço:

Zona Rural

Cidade:

Eliseu Veloso

Estado:

CEP:

Tel. DDD:

ACIMA DE R\$10.000,00

E-mail:

Recusado - 02

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

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ATENHA-SE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Anexe uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0328

CONTA: 47.756) 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (analegue 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 declaração apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da eventual natureza das permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Introdução, digital da
Assinatura ou
assinatura
lida digitalmente

Local e Data:

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2013

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :1

Boletim N.: 869/2016

INÍCIO: 18/07/2016 14:50hs e FIM: 18/07/2016 15:27hs

KRLQOCBDJEEFO^b

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: I - 9503/97 Código de Trânsito Brasileiro

Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)
Consumado

Local: RUA PAULO NISHI, 0 - MORADA DO LAGO - CEP: 14640-000
MORRO AGUDO SP

Tipo de local: Via pública Via pública

Circunscrição: DEL. POL. MORRO AGUDO

Ocorrência: 25/06/2016 às 20:35 horas

Comunicação: 18/07/2016 às 14:45 horas

Elaboração: 18/07/2016 às 14:50 horas

Flagrante: Não

Vítima:

INDESCO PEREIRA - Presente ao plantão - RG: 50247093-PI

Exibiu o RG original: Sim - Mãe: MARIA CLÍNICA PEREIRA

Natural de: ELESBÃO VELOSO - PT - Nacionalidade: BRASILEIRA

Sexo: Masculino - Nascimento: 22/08/1987 28 anos

Estado civil: Divorciado - CPF: 01948449358

Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - JARDIM MARTINS LOURE

CEP: 14640-000 - MORRO AGUDO - SP - Telefones: (16) 99146-0206

(Residencial)

Testemunha:

- MATEUS ALVES SOARES - Presente ao plantão - RG: 2973126 PI

Exibiu o RG original: Sim - Pai: JOSE DAMACENO SOARES

Mãe: MARIA DA CONCEÇÃO ALVES DE MACEDO - Natural de: NOVO ORLEÃO - PIAUÍ

Sexo: Masculino - Nascimento: 02/04/1987 29 anos - Estado civil: Ignorado

CPF: 03993092333 - E-mail: MATUESALVES87@HOTMAIL.COM

Advogado Presente no Plantão: Não

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - MARTINS LOURE

CEP: 14640-000 - MORRO AGUDO - SP - Telefones: (16) 98198-4709

(Residencial)

J.GORRETTORA
DE SEGUROS

Veículos:

14 JAN 2019

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia: AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO - MORRO AGUDO - SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16) 3861-1466

DPVAT



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :2

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EMITIDO:18/07/2016 15:27hs

KK/QQQCBDJERZFO^b

- Placa: DYLO257 - Cidade: DIADEMA - UF: SP - Chassis: 9C24C08107R086948
RENAVAM: 920160638

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

- Tipo: MOTOCICLO

Ano Fabricação: 2006 - Ano modelo: 2007 - Cor: Vermelho

Combustível: Gasolina - Proprietário: MAIEUS ALVES SOARES

Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado

Pessoa relacionada: INDELSO PEREIRA

INFORMANTE:

| Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, |
| da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidade |
| permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares. |

| O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na |
| forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do |
| acidente.

| O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do |
| dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, |
| abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo |
| de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente ? no caso de danos pessoais.

| Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse www.dpvatseguro.com.br |
pelo telefone 0800-0221204.

DPVAT
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

Histórico:

Presente a vítima acompanhada da testemunha informando que transitava com o veículo acima descrito pela rua Paulista Nishi, no centro da cidade x bairro, quando a cerca de cem metros já que teria adentrado na referida foi fechado por um veículo cuja as características não pode anotar, sendo que em tal momento veio por se acidentar caindo sobre uma calçada e colidindo com uma árvore. Após foi socorrido ao hospital local, afirma que sofreu fraturas em sua coluna torácica, apresentando laudo médico neste ato. Disso também que o veículo

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia : AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha : 3

Boletim No.: 869/2016

INICIADO: 18/07/2016 14:50hs e EMITIDO: 18/07/2016 15:27hs

KKLQOQCBDJEEFO^b

teve sua frente danificada "farol, guidão, painel, paralama e pequeno amassado no tanque", porém esclareceu que já teria efetuado conserto na referida.

Exames requisitados: IML

Solução: APRECIAÇÃO DO DELEGADO TITULAR

Confere (x), assina (m) e recebe (m) uma via

INDELSO PEREIRA

ANTONIO CARLOS COSTA CAMPI
INVEST. DE POLÍCIA

JACQUELINE BESSA FRANCOLIN
DELEGADA DE POLÍCIA

ASSINATURAS

18/07/2016



DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia: AV. SÃO JOSÉ, 1186 – CENTRO-MORRO AGUDO-SP, CEP: 14640-000
Telefone: (16)3851-1466



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

00167919 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Endelso Pereira.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo:

Endelso Pereira.

Profissão:

M. de Máquinas

Endereço:

Rua da Xique Xique

Cidade:

Eliseu Veloso

CPF:

019.484.493-53

Número:

571

Completo:

pra. brasil

Estado:

PI

CEP:

64.325-000

Tel. DDD:

86 99816009

Endereço:

Rua Rural

Bairro:

E-mail:

Recanto - PI

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

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ATENHA-SE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Anexe uma opção)

- Bradesco (257) Itaú (341)
- Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 (3)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (analegue uma das opções):

- Não há IML que atende 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 declaração apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da eventual natureza das permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vívo(s): Falecidos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Introdução
digital da
Assinatura
do beneficiário
e/ou declarante

Local e Data: Eliseu Veloso PI 02/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

Assinatura

2^a | Nome: _____

CPF: _____

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

00167919 019.484.493-58 Endelso Pereira.

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Endelso Pereira.

Profissão:

Operador de Máquinas

Endereço:

Operador de Xique Xique

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Eduardo Góes

Estado:

SC

CPF:

019.484.493-53

Número:

571

Completo:

Pra. Brasil

CEP:

64.325-000

Tel. DDD:

186 99816009

E-mail:

Recusado - se.

Tei. DDI:

186 99816009

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ATENHA-SE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, anexe uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (analegue 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 declaração apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da eventual natureza de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da firmada ou assinatura do beneficiário	Local e Data: <i>Eduardo Góes SC 02/01/2019</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1^a | Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

2^a | Nome:

CPF:

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Ficha de Internação e Alta

Unidade: 186036

Dt. Internação: 26/06/2016

Hora: 14:37

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res.: 11981984709 Fone Com.
 Est. Civil: SOLTEIRO(A)
 RG: 2050247093 CPF: 019.484.493-58
 País:
 Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS:
 Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640000
 Fone Com.
 Nascimento: 22/08/1987 Idade: 28
 Certidão Nasc.:
 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATHEUS ALVES SOARES
 Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
 Cidade: MORRO AGUDO
 Fone Res.: (11)98198-4709 RG: CPF:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO
 UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
 Médico:
 Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO
 Nº do Convênio: 08640601659286197
 Leito: 114A Acomodação: 1/2 APARTAMENTO
 Observação:
 Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VITAL

Caráter: URGÊNCIA
 Clínica: 1 CLÍNICA

Qualificação principal e duração:

*Queda no teto 01
Centro clínico*

Histórica pregressa da moléstia atual:

Pel Tavares

Diagnóstico Provisório:

Código: _____

Diagnóstico Definitivo:

Código: _____

Motivada Secundária:

Código: _____

Operação Realizada:

Código: _____

Condições de Alta

11 JAN 2019

 Curado Óbito Melhorado Necrópsia Morto EstadoAssinatura do Médico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INDELSO PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02328-0

CONTA: 00000017756-3

Nr. da Autenticação 8BFDB3ED89F7ED30



Eletrobras
Distribuição S.A.

SEU CÓDIGO

1658656-5

013872358

CONTRATO ENERGÉTICO nº 1
Av. Presidente Dutra - Centro - RJ - 20000-000
CNPJ: 17.440.740/0001-89 (Insc. Estadual: 120.381-5)
Nº do Cadastro de Contribuinte: 00000000000000000000
Período de cobrança: Julho/2018 a Setembro/2018

Nº da Nota Fiscal
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF é fixada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	ENCERTEIRO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	27/11/2018	98	88,05

MARIA OLINDA PEREIRA
Lote XIQUE-XIQUE S/N B-RURAL
CPF: 00093029667391
CEP: 64.325-000 - ELESBÃO VELOSO

DADOS DA LEITURA	DATAS DA LEITURA
Aula:	20/11/2018
Aula:	19/10/2018
Anterior:	18/12/2018
Próxima Leitura:	19/11/2018
Endereço:	22/11/2018
Apresentador:	

Consumo Coordenado: 32

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe Consumo	Unidad	Número Medidor	Peso	Código Preço	Média 12 meses
RESIDENCIAL					
Residencial kWh					
OUT/18	98	98	111845	79,56	
SET/18	98	CONSUMO		6,81	
AGO/18	57	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,05	
JUL/18	74	CORRECAO MONETARIA ID 10/18-00		1,56	
JUN/18	105	HULTA POR ATRASO 10/18-00		0,07	
MAI/18	0	JUROS POR ATRASO 10/18-00			
ABR/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		0,60	
MAR/18	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA		1,23	
FEV/18	0				
JAN/18	0				
SIMPLIF. SER. INICIAIS:					
H.M. 98 - 0,590890					

LIGUE 0800-866-0000 E FAÇA A PRAZO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabeniz! Até o dia 19/11/2018, não constatamos fatores vencidos
nessa Unidade Consumidora.

RESTAURADO AO FSCD 5854.AB1B.D0EE.AE16.0A1C.7CC4.D6BA.EA95

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIZADA	IMPORTE/TRIBUTOS
16,21	79,56
Despesas:	Base de Cálculo: 22,00%
Enegue,	Alíquota ICMS: 17,50
Imposto ISSQN	Valor do ICMS: 0,94
Impostos:	Valor do PIS: 4,35
Total:	Valor do COFINS:

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE	FIC	ONIC	ONI
	7,27	14,53	29,06
	3,68	7,35	14,70
	4,14		
	0,00	0,00	0,00

NOVO ORIENTE

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT