

TMA S.A.
Rua Jsidheo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 06.421.425/0024-08 - F.E.: 194445835
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

ETIM BLACK

R\$ 149,32

VENCIMENTO

25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEN: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESS: 116 99999-3007

DEBITO AUTOMÁTICO: 000000009121536776014

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 aquela viagem, jantar fora no 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
	Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
	CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
	CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
	OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

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

MENSALIDADES

Yntodens que seu piano oferece

MENSAIDADES		FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece		-	-	1	30	07/11 a 06/12	189,99
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/5MP)		-	-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00
Desconto Oferta TIM Pós C Plus		-	-				139,99
Subtotal				1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10 GB de Internet		10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Minutos locais e DDD com 40		limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10GB de Internet para Vídeo		-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Music		-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Banca Virtual		-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Backup 30GB		-	-	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

INFORMAÇÕES	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,72	R\$ 0,36
INFORMAÇÕES	30%	R\$ 108,05	R\$ 32,40	P. INTEL:		
INFORMAÇÕES	3,61%					
INFORMAÇÕES	4,61%					
INFORMAÇÕES	5,14%					

Informações Complementares - Prêmios e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Prêmio(s)

Prêmios

SVA

Descontos (Prêmios)

Prêmios SVA

14 JAN 2019

DE SEGUROS

14 JAN 2019



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 a central de atendimento TIM.

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

DA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

3452600001 - 2

Г49320109011-2

040361325711 - 6

50121536776-1



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Indelso Pereira, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 019.484.493 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez, da Vítima
Indelso Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 7 de Setembro</u>	Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Cidade <u>Elói de Albuquerque</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
E-mail <u>carladiasonasau@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(86) 994022754</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99981.6008</u>

Elói de Albuquerque de Janeiro de 2019
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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

Mateus Alves Soares

1 CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

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

Indelso Pereira da Silva

17 DEZ 2018

Tabelião de Notas e de Protesto Alina M. de S. Ina
Pça. Emílio Penha, 57 - Centro - 14940-000 - Morro Agudo / SP - Fone/Fax: (19) 3851.1111
RECUPERAÇÃO POR SOBSCRITAÇÃO (a) FIRMADA de. 01 firma de
MATEUS ALVES SOARES, em documento com valor econômico de
que dou fé.
Morro Agudo, 17 de dezembro de 2018 17/12/2018
R\$ 6,00
WELINGTON DOS REIS FERREIRA - Escrevente Autorizado
0628AA0140608 - FISC
Válido Somente com o Selo de Autenticidade

Reconheço verdadeira
firma

Indelso Pereira da Silva

Em testemunho, a

Fleabão Veloso-Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2018

Flávia Luiz do Vale Lora

Escrevente

Maria Inez do Vale Lora
Escrevente Substituta
Cartório 2º Ofício
Fleabão Veloso - RJ






HOSPITAL
SÃO MARCOS

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 612437
Registro : 33654
Paciente : INDELSO PEREIRA

Código :  CNS : 160506524230006

Beneficiário: 08540801859286197
Dat.Nasc.: 22/08/1987
Idade : 28A10M4D
Sexo : M
Estado civil : SOLTEIRO
Endereço : MARANHÃO 53
Bairro : CENTRO
Cidade : MORRO AGUDO
CEP : 14840000
Estado : SP
Fone : 92873650
Conjuge :
Nome Pai : IGNORADO
Nome Mãe : MARIA OLINDA PEREIRA
Raça/Cor : PARDA
Fone :
Documento : 50247093
Descrição da Ocupação: LAVRADOR SE
Nome Contato :
Telefone Contato :

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico : 84 MARCEL FRISENE
Convênio : 43 UNIMED FEDERAÇÃO RIB.PRETO -COOP.TRAB.MÉDICO
Guia : Vencimento da Guia :
Caráter : URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (URBANO)
Clínica : CLÍNICA MÉDICA
Dat Internação : 25/06/2016
Hr Internação : 20.55
Leito : 7B Padrão de Direito: APARTAMENTO STANDARD
Recepcionista: DAIANE CRISTINA DA SILVA

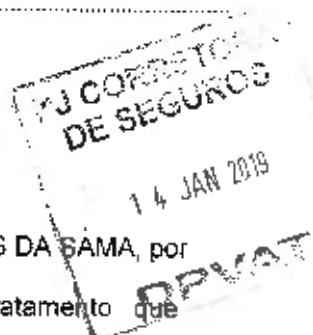
Diag Definitivo: Data Alta: / /

Tipo de Alta : () CURADO () MELHORADO () ENCAMINHADO
() ÓBITO () A PEDIDO () EVASÃO
() COMPLEMENTAÇÃO NO AMBULATÓRIO
() OUTROS:

AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo assinado, A U T O R I Z O 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



HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Prontuário
122485

Nº Atendimento: 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: MORRO AGUDO

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M

Data Nasc: 22/08/1987

UF: SP RG:

CPF:

Empresa: SEV BIONERGIA S.A

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Telefone Empresa:

Pai:

Nº Convênio: 08540801659286197

Nº Cartão SUS:

Responsável: INDELSI PEREIRA

CPF:

RG:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Observações:

Local Raio X:

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

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
SALA DE TOMOGRAFIA

Anotações: TOMO LOCUNA CERVICAL, UNIMED AUT, EXTERNO

Materiais Utilizados

Código	Qtd	Prescrição Médica	Código	Qtd	Descrição
--------	-----	-------------------	--------	-----	-----------

26
06
36
TOMOGRAFIA
Col cervical

SEM CONTRASTE

Guilherme

[Assinatura]

bs. ou Diagnóstico:

Polotoma Cervical

GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
122824

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

ANA PAULA DE ABREU VITAL

Func. PS.

Paciente e ou

DPVAT

Declaro que estou ciente do atendimento realizado, medicamentos e materiais utilizados

Ficha de Internação e Alta

Lançamento: 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

Caráter: URGÊNCIA

Médico: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Clínica: 1 CLÍNICA

Nº do Convênio: 08540801659288197

Lito: 114A

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação:

Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VIAL

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Doença no TO 01
Centraliza

História progressa da moléstia atual:

Pol. Trauma

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necrópsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data Hora

2016-16

o Sr. Lúcio de Almeida para tratamento clínico na Unidade
do Dr. Guilherme, vítima de acidente meteorológico
mantém coloração geral normal, sem alterações no tórax.
Pulsações regulares em M.C. em julho 17 e
medidas conforme prescrição. *Lúcia Rizzato*
Enfermeira

Lúcia Rissato
C. de Enfermagem
COREN-025248

264 16

17 hrs: *Lucania* *melanocephala* - released below cervical
into water. *Lucania* *melanocephala*

Luciana Rissato

266

Lactaria lissata
C. de Espinosa
no 357-409
fazende um pouco mais longe, com muita produção,
mantendo produções mds. Refere forte algas, pa
medicinas C.M. Diversos produtos, especialmente okente.
mil. 100 ESN e amarelos. Fubina. T. P. P. (82)

05/02/27/6

Medicamento C.M. 8000 con unidades y galletas.
Medicamento C.M. 8000 con unidades y galletas.
Medicamento C.M. 8000 con unidades y galletas.

2/10.20

ata

TERAPIA TRANSFUSIONAL

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

[illegible]

ASSINATURA:

Interno: 186036

Prontuário: INDELSON PEREIRA

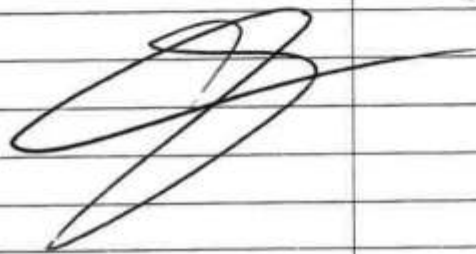
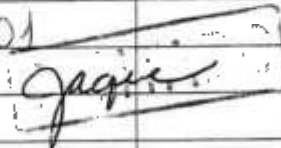
Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 26, 06, 16

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 114A

Prescrição Médica	QTD	Horário	Devol
1) Dieta Geral			
2) SF 1000	1000		
3) Dieto 270/20	02		
	200		
4) Dipirona	04		
5) Fimeda 100/01	100/01		

Evolução Clínica:

Paciente em uso de 51 kg
 com 14 kg de mais
 (1) 10 kg de mais
 (2) 10 kg de mais

Materiais Utilizados	QTD	Devol	Materiais Utilizados	QTD	Devol
Luvas	01		Agulha 3ml	01	
Agulha 25x8	01		Agulha 40x12	01	
Agulha 22	01				
Agulha 5x10	80				
Agulha	01				
Agulha 3ml	06				
Agulha 25x8	04				
Agulha 40x12	02				




Ponte Idelson Perinno, 28a,
Politeama,

Variz noturno de acidente de moto,
sem perda quando de ocorrência
em uso de corcova.

No Rx sem sinais suspeitos de fratura
de C5-C6.

Encaminhado para TC de col. Cervical
e avaliação da Neurologia
aos cuidados Dr. Guilherme.


Dr. Marcel Frisene
Ortopedia/ Traumatologia
CRM - SP 134582

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

HBSA 53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 541 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

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 Res. 11981984709

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Pai:

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: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. (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

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 1 CLÍNICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801859286197

Leito: 132B

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

História pregressa da moléstia atual:

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

() Melhorado

() Necropsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Prontuário

122485

Atendimento: 836583 Sequencial: 1 Convênio: 54 - UNIMED C VALE DO ROSÁRIO
Prontuário: 122485 INDELSO PEREIRA
Data / Hora: 30/06/2016 11:45

Quarto/Leito:

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVANI nº 38, MARTINS LOURENCO

Cidade: MORRO AGUDO

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M Data Nasc: 22/08/1987

UF: SP RG: 50247043

CPF:

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Empresa: BIOSEV BIONERGIA S.A

Telefone Empresa:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Pai:

Nº Cartão SUS:

Nº Convênio: 08540801659288197

Responsável: INDELSO PEREIRA

CPF:

RG: 50247043

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Observações: 3851 5823

Local Rolo-X:

Sequência Data: 30/06/2016 Hora: 11:45

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
320 SALA DE TOMOGRAFIA

Anotações: CT COLUNA TORAXICA / UNIMED EXTERNO

Materiais Utilizados

Código	Qtde	Prescrição Médica	Código	Qtde	Descrição
--------	------	-------------------	--------	------	-----------

TOMOGRAFIA
Coluna Torácica
SEM CONTRASTE
DIGITADO



GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
122824

Obs. ou Diagnóstico:

Para Tux Coluna Torácica

APARECIDA TOSTES

Func. PS.

Paciente e ou

Declaro que estou ciente do atendimento realizado, medicamentos e materiais utilizados.

DATA: 05/11/2017

Para preenchimento do Técnico

Preenchimento obrigatório para a realização dos exames:

TÉCNICO: WCA

Urografia Excretora

Histerossalpingografia

Tomografia Computadorizada Coluna Torácica

TIPO DE EXAME:

() COM CONTRASTE (X) SEM CONTRASTE

CONVÊNIO: Unimed CÓDIGO: 08540004659286 197 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. PauloNome do Paciente: IADELSO PereiraRG: 50247093 CPF: 019.484.493Sexo: () Fem. (X) Masc. Peso: 60 Kgs Idade: 28 anos Data de Nascimento: 22/08/1989Profissão: Op. Maquinista Fone: (16) 3851-5823Endereço: Rua João B. Pavani Nº 38Bairro: Matias João Cidade: Morro Agudo Estado: SP CEP: 14640Nome do Pai: Maria Olimpia Pereira Nome da Mãe: _____**Os itens abaixo deverão ser respondidos com muita atenção, pois os mesmos podem mudar a conduta do médico radiologista.**

- 01- Você tem asma? () SIM (X) NÃO
- 02- Você tem algum tipo de alergia? () SIM () NÃO
- 03- Você tem alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO Qual? _____
- 04- Você tem alergia a algum alimento? () SIM () NÃO Qual? _____
- 05- Você tem algum tipo de Cardiopatia ou sofre do Coração () SIM () NÃO
- 06- Você tem pressão alta? () SIM () NÃO
- 07- 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 antihipertensivante 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.**

- 08- 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

- 9- Você já foi submetido a alguma cirurgia? () SIM () NÃO

Qual parte do corpo? _____ Motivo: _____

- 10- 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 orienta-lo (a).**_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

Prontuário

122486

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLÂNDIA - SP CEP: 14620-000

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186202

Dt. Internação: 05/07/2016

Hora: 09:44

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Nº do cartão do SUS: 160 5065 2423 0006

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

Cidade: MORRO AGUDO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Res. 11981984709

Fone Com.

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Certidão Nasc.:

Pai:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Empresa: LDC

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

Cidade: MORRO AGUDO

UF: SP CEP: 14640-000

Fone Res. (11)98198-4709

RG:

CPF:

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 2 CIRÚRGICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

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:

Fratura Torácica

História pregressa da moléstia atual:

Acidente moto

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Tratamento Clínico - Artrorred.

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necropsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

Digitado

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO 	NOTA CENTRO CIRÚRGICO Nº 44056
---	---

Registro Nº 186202	Convênio Unimed A	Data 06/07/16	Nome do Médico Dr. Guilherme
------------------------------	-----------------------------	-------------------------	--

Identificação do Paciente Nome Incelson Pereira	Equipe Médica Cirurgião Dr. Romanez
---	---

Início 13:20	Término 15:45	Início 13:00	Término 15:45	1º Auxiliar Dr. Guilherme
Cirurgia Artroscopia de Coluna L5/S1 Posterior				2º Auxiliar Dr. Roberto Romanez
Equipamentos Cirúrgicos				3º Auxiliar
<input checked="" type="checkbox"/> Arco cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi Elétrico <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi Bipolar <input type="checkbox"/> CO2 <input checked="" type="checkbox"/> Capinógrafo <input type="checkbox"/> O2 Aparelhagem <input type="checkbox"/> Microscópio <input type="checkbox"/> Nitrogênio <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio 03 l/min In: 13:20 Term: 15:45				Anestesista Dr. Antônio / Dr. Christiano Instrumentador Daniel / Eliana Circulante Anichele + Monique

ÓRTESE E PRÓTESE

08 unid parafusos pediculares poli 5.5x40	
08 unid parafusos	
02 unid barras 120mm	
02 Crow link 36-42	01 unid Orite

MATERIAIS DIVERSOS

Qtde	Tipo	Especificação	Qtde	Tipo	Especificação
01	unid	transfix	01	unid	Mac 0156
01	unid	seringa 60ml. 30	01	unid	Amma gel
01	unid	camisa 15cm			
01	unid	cera oss			
01	amp	Clonidina			
03	env	nylon 30 cl 3			
04	env	nylon 1 cl 3.7			
02	env	nylon 20 cl 3			
02	unid	gazez 30x40			
01	amp	Humagel			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora

14

que hab em do bts.

20) Tendo em vista a quantidade de movimento, sem que se opere a SSV, mantendo-se

5

0.2 mm after

9/10, 8	

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

HORÁRIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TOTAL							

	ASSINATURA:
--	-------------



RECEITUÁRIO

INDELSON PEREIRA

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

GUILHERME BARBENTLEME DA COSTA
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM: 122.824/1 (BOT) 11.546

ORLÂNDIA, 05 de JULHO de 2016

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

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

Paciente INDELSON 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. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

RADIOLOGIA CLÍNICA ORLÂNDIA LTDA

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

Paciente INDELSON 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 TORÁCICA

Artrodese posterior consolidada torácica, fixada por material metálico.

Colapso 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 INDELSON PEREIRA

Ident. 634647

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/06/2016

Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 8d

Convênio 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 íntegros

CONCLUSÃO: Quadro tomográfico compatível com:

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

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2012

DPVAT

Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
INDELSON PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
50247093 SSP/PI

CPF
019.484.493-58

DATA NASCIMENTO
22/06/1987

FILIAÇÃO
MARIA OLINDA PEREIRA

PERMISSÃO
A1

ACC
A1

CAT. HAB.
A1

NR HABILITACAO
04230079701

VALIDADE
24/03/2021

DT HABILITACAO
07/11/2007

EXERC. ATIVIDADE REMUNERADA

Indelso Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MORRO AGUDO, SP

DATA EMISSAO
07/04/2016

90423280721
88809133223

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODAS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1198257895

PRESENTE PLASTIFICAR
1198257895



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032450

Cidade: São Paulo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: INDELSON 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA 7ª VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8ª 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: INDELSON 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 7ª VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8ª 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 (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO Operador de Máquina RGN. 950244093 CPF/ MF
Nº 019.484.493-58 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA localidade: Xique Xique S/n Zona Rural
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 340.324.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO QTO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº264 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-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 Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Elesbão Veloso - Piauí, 14 de Dezembro de 2018

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Reconheço Verdadeira

firma

Indelso Pereira

Em testemunha

Elesbão Veloso

Escritório

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escritório - Compromissada
Cartão nº 01010
Elesbão Veloso - PI

OUTORGANTE

Comarca de Elesbão
Cartório do 2º
(86) 3285



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014791/19

Vítima: INDELSON PEREIRA

CPF: 019.484.493-58

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INDELSON PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

INDELSON 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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032450

Vítima: INDELSON PEREIRA

Data do Acidente: 25/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INDELSON 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, contados 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 ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0014781/9 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Indelso Pereira

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

Nome completo: Indelso Pereira CPF: 019.484.493-58

Profissão: de Maquinista Endereço: Quilombo Xique Xique Número: 571 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: Elóiás Veloso Estado: RJ CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado - 02 Tel./DDD: (86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 3

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Elóiás Veloso RJ 02/01/2019

Nome: Indelso Pereira

CPF: 019.484.493-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Indelso Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FJ CORRETORA DE SEGUROS

CPF: 14 JAN 2019

Assinatura: DPVAT

2ª Nome: DPVAT

CPF: DPVAT

Assinatura: DPVAT

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

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

☐ MORTO

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

0014781/9 019.484.493-58 Indelso Pereira.

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

Nome completo:

Indelso Pereira.

Profissão:

de Maquinaria

Endereço:

Quilombo Xique Xique

Bairro:

zona rural

E-mail:

Recusado - 02.

Cidade:

Elétrico Veloso

Estado:

RJ

CPF:

019.484.493-53.

Número:

5711

Complemento:

zona rural

CEP:

64.325-000

Tel./DDD:

(86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA: 0328

00

CONTA:

47.756

03

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Inscrição
cópia da
assinatura
do beneficiário
não diferenciado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

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 Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes de falsificação de dados. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.



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



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :1

Boletim No.: 869/2016

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

KRLQCCBDJEEFO^B

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: T. 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:

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

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

Natural de: ELESBAO 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 CONCEIÇÃO ALVES DE MACEDO - Natural de: NOVO ORIENTE PIAUI

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

CPF: 03993092333 - E-mail: MATEUSALVES87@HOTMAIL.COM

Advogado Presente no Plantão: Não

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

CEP: 14640-000 MORRO AGUDO - SP - Telefones: (11)98198-4709

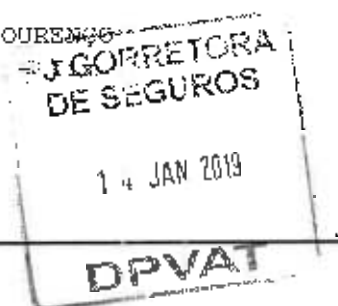
(Residencial)

Veículos:

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
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :2

Boletim No.: 869/2016

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

KK'QQCBQJZFEO'b

- Placa: DYLO257 - Cidade: DIADEMA - UF: SP - Chassis: 9C24C09107R086948
RENAVAM: 920160638
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN XS - Tipo: MOTOCICLO
Ano fabricação: 2006 - Ano modelo: 2007 - Cor: Vermelho
Combustível: Gasolina - Proprietário: MATEUS ALVES SOARES
Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado
Pessoa relacionada: INDELSO PEREIRA

IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez 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 33 (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.dpvatseguros.com.br pelo telefone 0800-0221204.

J. CORRETORES
DE SEGUROS

14 JAN 2018

HISTÓRICO:

Presente a vítima acompanhada da testemunha informando que transitava com o veículo acima descrito pela rua Paulo Nishi, no bairro 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. Disse 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
POLÍCIA 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

KKLQQCCBDJEEFO^b

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

Exames requisitados: IML

Solução: APRECIÇÃO DO DELEGADO TITULAR

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

INDELSO PEREIRA

ANTONIO CARLOS COSTA CAMPI
INVEST. DE POLÍCIA

JACQUELINE BESSA FRANÇOLIN
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 ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 001478119 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Indelso Pereira

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

Nome completo: Indelso Pereira CPF: 019.484.493-58

Profissão: de Maquinista Endereço: Quilombo Xique Xique Número: 571 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: Elói de Veloso Estado: RJ CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado - 02 Tel./DDD: (86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 3

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Elói de Veloso RJ 02/01/2019

Nome: Indelso Pereira

CPF: 019.484.493-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Indelso Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FJ CORRETORA DE SEGUROS

CPF: 14 JAN 2019

Assinatura: DPVAT

2ª Nome: DPVAT

CPF: DPVAT

Assinatura: DPVAT

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

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 ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 001478119 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Indelso Pereira

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

Nome completo: Indelso Pereira CPF: 019.484.493-58

Profissão: de Maquinista Endereço: Quilombo Xique Xique Número: 571 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: Elói de Veloso Estado: RJ CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado - 02 Tel./DDD: (86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 3

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Elói de Veloso RJ 02/01/2019

Nome: Indelso Pereira

CPF: 019.484.493-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Indelso Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FJ CORRETORA DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

Assinatura: 14 JAN 2019

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 Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes de falsificação de dados. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

Ficha de Internação e Alta

Internação: 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

Caráter: URGÊNCIA

Médico: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Clínica: 1 CLÍNICA

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 114A

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação:

Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VITAL

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

*Queda no TO 01
Cervicalgia*

História pregressa da moléstia atual:

Pol. Trauma

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necrópsia

() Morte Estado

Assinatura 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: INDELSON PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02328-0

CONTA: 000000017756-3

Nr. da Autenticação 8BFDB3ED89F7ED30



CONEXÃO ENERGÉTICO S.A.
 Av. ... 100 - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01000-000
 Nota Fiscal nº 123456789
 Registro em nome de ...

SEU CÓDIGO
1658656-5

Nº da Nota Fiscal **013872358**

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEF foi criada pela Lei nº 9.438 de 24 de abril de 2002.

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

MARIA OLINDA PEREIRA
 LC XIQUÉRIQUE S/N B-RURAL
 CPF: 00393029667391
 CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	556	Atual	20/11/2018
Anterior	458	Anterior	19/10/2018
Consumo de Múltiplos	1.000	Próxima Leitura	18/12/2018
Consumo Medido	98	Enchimento	19/11/2018
Consumo Estimado	98	Apresentador	22/11/2018
NORMA		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pó
RESIDENCIAL

Consumo kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
OUT/18	CONSUMO	79,56
SET/18	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	6,81
AGO/18	CORREÇÃO MONETÁRIA 10/18-00	0,05
JUL/18	MULTA POR ATRASO 10/18-00	1,56
JUN/18	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,07
MAI/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,60
ABR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,43
MAR/18		
FEV/18		
JAN/18		

INFORMAÇÃO DE LEITURA
 H.M. 32 - 0.579090

LIQUE 0800 366 0200 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parabéns! Até o dia 19/11/2018, não constatamos faturas vencidas nessa unidade consumidora.

REGISTRO AO FISCAL 5854.AB1B.DDEE.AE16.0A1C.7CC4.D6BA.EA95

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	16,21	Base de Cálculo	79,56
Energia	30,81	Alíquota ICMS	22,00%
Perdas	4,34	Valor do ICMS	17,50
Impostos	4,91	Valor do PIS	0,94
Totais	22,79	Valor do COFINS	4,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor
...	7,27	...	14,53	...	29,06	...	3,68
...	0,00	...	0,00	...	0,00	...	0,00

NOVO ORIENTE

CORRETORA DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT