

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 003.578.563



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA IVONE DA SILVA SOUSA
RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/169482-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

24/04/2019

CONSUMO

71

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 63,69

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02957.450006 00099.793176 3 78770000006369

Pagador: MARIA IVONE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 373.138.274-15

RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101 - CJ CASSIO LIMA - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

2957450000099793

Nr Documento

000169482201904

Data Vencimento

02/05/2019

Valor do Documento

R\$ 63,69

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

ROD BR 230 KM 158, 4799 - A SUDOESTE - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU - 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor Ivanildo Fernando da Silva, Nascido em 06/05/1995, portador do Registro Civil nº 12.830. Residente no Município de Queimadas. Vítima de um acidente, colisão de moto com carro na BR 104, no dia 15/11/2018. O mesmo foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, do município de Alcântil para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Alcântil, 14/12/2018.

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Coordenadora do SAMU 192

Josineide Mª de M. Capibaribe
Coordenadora do SAMU
Matrícula: 5407788-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/19, o registro nº85/19, cujo teor na íntegra está transcrito: Aos VINTE E UM dias do mês de MARÇO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Belª. DIANNI REGINA DE B. SILVA**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 09:24 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **IVANILDO FERNANDO DA SILVA**, brasileiro, com 23 anos, reciclador, natural de Taquaritinga do Norte/PE, rg: 9.804.139 SSP/PB, nascido em 06/05/1995, em união estável, sem instrução, filho de José Luiz Fernando da Silva e de Ivonize Pereira da Silva, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, Queimadas/PB, o qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE: QUE no dia 15/11/2018, por volta das 17:00 horas, conduzia a sua motocicleta HONGA CG 125 FAN (placa MFF 1354/SC, de cor preta, ano de fabricação 2008, chassi 9C2JC30708R172043), Pela BR104, sentido Alcantil-Queimadas/PB, quando ainda no trecho pertencente a Alcantil, quando um veículo Corsa, modelo novo, saiu de uma estrada vicinal e adentrou repentinamente na pista de rolamento a frente do declarante; QUE o declarante não conseguiu evitar uma colisão; QUE colidiu a sua motocicleta com o veículo e caiu no acostamento; QUE o motorista do veículo Corsa ficou no local por alguns instantes, inclusive pediu ajuda a outros condutores de veículo que ali passavam; QUE o declarante foi socorrido pelo Samu e encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; QUE o declarante sofreu uma fratura no fêmur esquerdo; QUE o declarante foi submetido a uma cirurgia; QUE o declarante se encontra fazendo fisioterapia; QUE o motorista causador do acidente mandou por três vezes cestas básicas para a casa do declarante; QUE o declarante não sabe informar quem é o motorista, apenas soube que nome é ROBSON e nada mais; QUE o declarante veio comunicar o fato para que possa acionar o Seguro Dpvt; QUE apresenta como suas testemunhas as seguintes pessoas: MARIA LUZINETE DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade; e DANIELA FERNANDES DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade. Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.**

Queimadas - PB, 21 de MARÇO de 2019

Declarante/noticiante:

IVANILDO FERNANDO DA SILVA
IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Escrivão (ã):

THOMAS J. NUNES FARIAS
THOMAS J. NUNES FARIAS



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: 037J446/39	CPF da vítima: 71842334417	Nome completo da vítima: Ivanildo Fernando do Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Ivanildo Fernando do Silva		CPF: 71842334417
Profissão: Mecânico	Endereço: Rua George Pinto de Melo	Número: 1101
Bairro: CS Costa e Lima	Cidade: Quimadas	CEP: 58475000
E-mail: ivanildofernando@igmail.com	Estado: PB	Tel.(DDD): 8333341289

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

REDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **554498** (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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: _____
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/avós 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Campina Grande-PB 22/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ivanildo Fernando do Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: **22 Maio 2019**

CPF: _____

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337059

Vítima: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 037J446/39	CPF da vítima: 71842334417	Nome completo da vítima: Ivanildo Fernando do Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Ivanildo Fernando do Silva		CPF: 71842334417
Profissão: Mecânico	Endereço: Rua George Pinto de Melo	Número: 1101
Bairro: CS Costa e Lima	Cidade: Quimadas	CEP: 58475000
E-mail: ivanildofernando@igmail.com	Estado: PB	Tel.(DDD): 8333341289

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

REDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **554498** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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: _____
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/avós 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Campina Grande-PB 22/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ivanildo Fernando do Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: **22 Maio 2019**

CPF: _____

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171446/19

Vítima: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 718.423.344-17

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANILDO FERNANDO DA SILVA : 718.423.344-17

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: 22/05/2019
Nome: IVANILDO FERNANDO DA SILVA
CPF: 718.423.344-17

IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Juamildo Fernando de Silva
 DATA DO ACIDENTE 35/11/2018 CPF DA VÍTIMA 71842339417
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Juamildo Fernando de Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Juamildo Fernando de Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua George Pinto de Melo
 Nº 1101 COMPLEMENTO BAIRRO ES. COM. C. Lino
 CIDADE União de São João UF PA CEP 58475000
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/05/2019
 IDENTIDADE 9804139
 ASSINATURA Juamildo Fernando de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22 maio 2019
 NOME
 ASSINATURA





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
718.423.344-17

Nome
IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Nascimento
06/05/1995

CÓDIGO DE CONTROLE
E33A.4799.1303.928A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:02:48 do dia 01/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1774833

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: IVANILDO FERNANDO
 DA SILVA

CEP:58475000

Nascimento:01/06/1995

Endereço: SAMU DE ALCANTIL

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade: 023

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

Atend: 15/11/2018

CNS: 898959419441

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 18:16:22

CONVÊNIO: SUS

Médico:

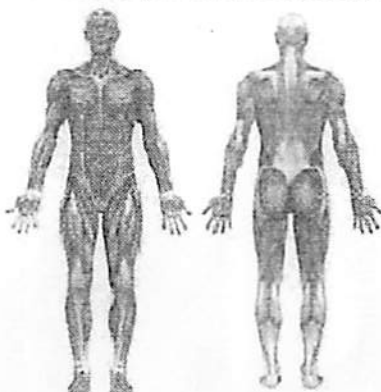
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente com relato de colisão com x
 moto e cerca de 2h. Traída pelo SAMU e
 imobilizada. Nega dor no e membros.
 Boletim: Dor e deformidade em coxa E.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 13 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta do C. Gen 18:20.	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

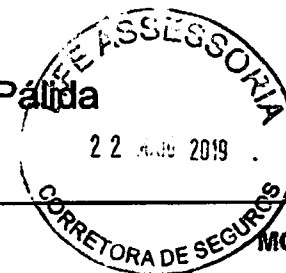
José Clementino Filho
 Endoscopia
 CRM PB 8468

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Isamir de Fernando da Silva</i>	
End: <i>Trez. Samuel de Alcantara</i>	Bairro: <i>Quilmes</i>
Data de Nascimento: <i>23 anos</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>aid moto</i>	Data do Atend.: <i>15-11-18</i> Hora: <i>18:15</i> Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	



Estratificação

Amarelo
☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

Dr. Poliana Katiuscia A. L.
Enfermeira
☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Alojamento: 1

Leito

6

Convênio

Paciente	IVANILDO FERNANDES DA SILVA
----------	-----------------------------

Alojamento: 1

Leito

6

Convênio

Paciente	J V AMIL DO TERNANDES DA SILVA									
	Prescrição Médica				Horário		Evolução Médica			
29/11	1. Dieta Livre						BEG, ESTÁVEL, 51 INTERCORRÊNCIAS			
	2. SRL 1500ml EV/24h						cd: VPM + Alta Hospitalar			
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h									
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h									
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum									
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN									
	7. Nausebron 01 FA + AD EV 8/8h SN									
	8. Clexane 40mg SC/dia									
	9. SSVV + CCGG									
D3	10. LEVOFLOXACINA 750 mg EV 24/24h									

22 JUL 2019

PO Ex FEMUR (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente IVANILDO FERNANDES DA SILVA

Alojamento 1

Leito 4

Convênio

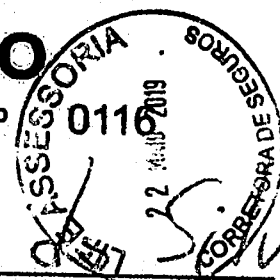
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/11	1 DIETA LIVRE		ORTOPEDIA
	2 SRL 1500ML EV 24H		
	4 DIPIRONA 1G EV 6/6H		
	5 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SE DOR		
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H SN		
	8 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA		
	9 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM, Digo VD		
	10 SSVV + CCGG		
D2	11 LEVOFLOXACINO 750mg EV 24/24h		
	12. RETIRAR DRENO		

Dr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Dr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523



● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

**Hospital:****Médico:****Data da Cirurgia:**

Procedimento:

Prontuário:

Convênio:

Estrumentadora:

Circulante:

Quant.

CX 4.5

Nomeclatura

Código

01

PLACO 10. PUROS DCP 1XRB

61

ÓXIDO CÓPTICAL

NZ6

03

11

428

07

11

11

150

101

人三



10

21

Nº 36

Recife.

de

de20

18

Circulante.

Médico Responsável

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Henriado F. da Silva</u>			IDADE	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>22-11-18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO	
LÍQUIDOS							
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
POSICÃO						Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
AGENTES	<u>Hept. 1.0mg + Dimorf. 1.0mg + 0.5g de d. - 2.0mg</u>					CÂNULAS	
TÉCNICA	<u>Proct. - C. - Front. - D. - 1.0</u>						
OPERAÇÃO	<u>Proct. - C. - Front. - D. - 1.0</u>						
CIRURGIÕES	<u>Julio - F. - 1.0</u>						
ANESTESISTAS	<u>Manoel - 1.0</u>						
OBSERVAÇÕES	<u>Manoel - 1.0</u>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica

Paciente: <u>Jonildo Fernando da Silva</u>	Idade: <u>23a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>27.11.18</u>
Procedimento: <u>Trot. cirurg. nativa MIE</u>	
Cirurgião: <u>Eulley + Jairo Ciam</u>	Auxiliar: <u>Anes. Assist: Wanderley</u>
Início: <u>15:45</u>	Término: <u>17:00</u>
	Anestesia <u>Raqui</u>

[illegible][illegible]

Observações:

[Handwritten signature] 7987

Assinatura Anestesista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Dr. Manoel de Silva DN: 01/06/1995		LEITE	Sala 02	CONVÊNIO	SUS	IDADE	23 anos	REGISTRO	17448803
CIRURGIA		IC de fratura MIF		ANESTESIA		Dr. Manoel de Silva + Dr. Julio		ANESTESIA		Dr. Manoel de Silva	
INSTRUMENTADORA		Rogério		DATA		27/11/18		INÍCIO		15.45	
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.		FIM		17.00		FIM	
Qtd.		1		Qtd.		1		Qtd.		1	
Adrenalina amp.		Calel. p/ Oxi.		Calel. cromado Serlix		Calel. cromado Serlix		Calel. cromado Serlix		Calel. cromado Serlix	
Atropina amp.		Calel. De Unhar Sisl. Fech.		Compressa Grande		Compressa Pequena		Compressa Pequena		Compressa Pequena	
Dimore amp.		Dolanina amp.		Etrane ml		Fenegan amp.		Fenlani ml		Inova ml	
Ketalar ml		Equipo de Macrogolias		Equipo de Macrogolias		Equipo de Macrogolias		Equipo de Macrogolias		Equipo de Macrogolias	
Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Equipo de Sangue		Equipo de Sangue		Equipo de Sangue		Equipo de Sangue	
Pantoprazol amp.		Furacim ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		H ₂ O, ml		Mononylon		Mononylon	
Rapifen amp.		Thionembul ml		Tetracum amp.		Lamina de Bisturi nº 24		Lamina de Bisturi nº 11		Lamina de Bisturi nº 15	
Dipirona amp.		Flaxidol amp.		Flaxidol amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0	
Fiebrocid amp.		Geramcina amp.		Glicose amp.		Glucan de Cálcio amp.		Haemacel ml		Heparema ml	
Kanekion amp.		Lasix amp.		Medrolinazol.		Plasil amp.		Prolamina		Revivan amp.	
Stupitanon amp.		Cetacolina 1g		Sonda Nasogástrica		Sonda Foley		Sonda		Sonda	
Qtd.		01		Qtd.		01		Qtd.		01	
MATERIAIS / SOLUÇÕES		Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 3 x 4.5		Agulha p/ raque nº 26		Alcool de Enfermagem	
Alcool lavado ml		Aladuras de Crepon		Aladuras de Gessada		Azul metileno amp.		Benzina ml			
Qtd.		02		Qtd.		02		Qtd.		02	
EQUIPAMENTOS		Oxímetro de Pulso		Serra		Desfibrilador		Foco Frontal		Fonte de Luz	
Foco Auxiliar		Eletrocautério		Oxicapnógrafo		Cardiomonitor		Perturador Elétrico			
Qtd.		01		Qtd.		01		Qtd.		01	
SOROS		SG Normotônico fr 500 ml		SG Gelado fr 500 ml		SG Hipertônico fr 500 ml		SG Ringer fr 500 ml		SG fr 500 ml	
Qtd.		01		Qtd.		01		Qtd.		01	
MATERIAIS / SOLUÇÕES		Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 3 x 4.5		Agulha p/ raque nº 26		Alcool de Enfermagem	
Alcool lavado ml		Aladuras de Crepon		Aladuras de Gessada		Azul metileno amp.		Benzina ml			
Qtd.		02		Qtd.		02		Qtd.		02	

GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luz Gonzaga Fernandes

SECRETARIA DE SEGURANCA
22 JUN 2018



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Isaías Fernando de Silva

Data da Operação 27.11.18

Enf. 0-69 2

Leito

Operador Dr. Felipe Cordero

1º Auxiliar *P. 1/10/20* *(1/1/20)*

2º Auxiliar Gr. Pule (MKS)

3º Auxiliar

Instrumentador

Anestesia

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório Fx fêmur (do/px) esquerda

Tipo de Operação Ostensivo

Diagnóstico Pós-Operatório *O mesmo*

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato MAJ

Acidente Durante a Operação Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Processo em DDH. nele anestesia

② Anapnoea + Orthopnoea + Compensatory

③ Injeção em face lateral de coto esguarde + direcção por plano + hemostase

④ Redução cruenta do preço de petróleo

⑤ Osteonítes com placa DCP larga 4,5 + 8 parafusos corticais

⑥ have FO + nature for plans + curators

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

~~MD OSTOPEdia TRAUMATOLOGIA~~

CRM-PB 9907

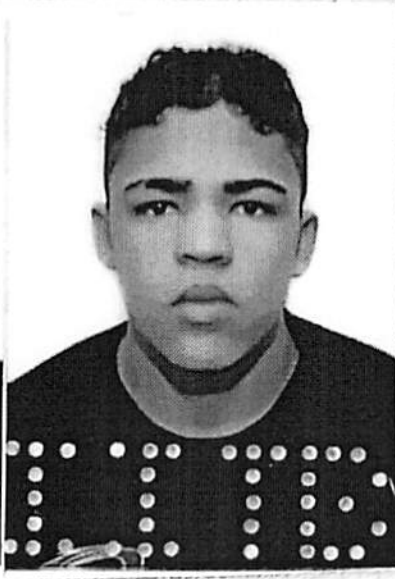
Ex 13

22 JUL 2013
CORRETORA DE SEGUROS
ACESSO NIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-7

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Titular

João Vinícius F. da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	9.804.139
DATA DE EXPEDIÇÃO	27/09/2013
NOME << IVANILDO FERNANDO DA SILVA >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ LUIZ FERNANDO DA SILVA >> << IVONIZE PEREIRA DA SILVA >>	
NATURALIDADE TAQUARITINGA DO NORTE - PE	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1995
DOC. ORIGEM << 0710190155 1999 1 00013 076 0012830 17 UMBUZEIRO-PB >>	
CPF	
Bel-Jandir de S. Carneiro Leão ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 2908/83	
F-56 43.706 - 3032	

THOMAS GREG & SONS

