



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cláudio Antonio de Lima

RG nº 2.300.223 SSP-PB data de expedição 25/06/96 Órgão SSP-PB

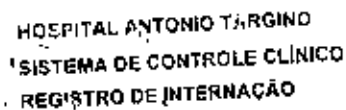
CPF nº 046.949.484-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Emídio Gomes da Silva, 00</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Congo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58535-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)991879348</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Congo-PB, 04/03/16

Assinatura do Declarante: Cláudio Antonio de Lima



2163822

SISTEMA DE CONTROLE GERAL				REGISTRO DE INTERNAÇÃO				2163822	
Frontalário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião		
905612	CICERO ANTONIO DE LIMA	24/11/1980	36	M			1-CATOLICA		
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução		Profissão				
-		2300223					Fone Residencial	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: CREUZA INACIA DOS SANTOS		Pat:						
Endereço	Complemento Endereço								
SIT.LAGOA FUNDA, - , CONGO-PB CEP:									
Atendimento	Data	Hora	Sector	Tipo Atendimento					
2163822	04/01/2016	09:34	3006-SECRETARIA CONVENIOS	5-INTERNACAO CIRURGICA					
Médico Atendente	152859-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA			Motivo Atendimento					
				4-INTERNACAO URGENCIA					
Plano / Convênio	Nº Carteira		Validade	Nº CNS					
37-PACOTE/1-PACOTE									
Posto	Acomodação			Leito					
									
Guia	Procedimento			*905612*					
INTERNACAO	99999999 INTERNACAO			168001 02 00100					

05/01/16
094
06/

RX DE CONTROLE
 REALIZADO EM 04/04/16
 calvino

TERMO DE RESPONSABILIDADE

TERMO DE RESPONSABILIDADE
O paciente (ou responsável), Sr(a) CÍCERO ANTONIO DE LIMA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

1) _____

2) _____

3) _____

Responsável: CICERO ANTONIO DE LIMA
Endereço: SIT LAGOA FUNDA, Bairro, CONGO-PB
Telefone:

CAMPINA GRANDE, 04 de Janeiro de 2016

Roberto

ROBERVANIA BARBOSA
Responsável pelo Atendimento

7 Cicero Antonio d' Lima

CICERO ANTONIO DE LIMA
Responsável pelo Paciente

14:17 21/03/2016 06:53:00 SEBASTIAN LINDEN 4



PARAÍBA

FORÇA POLICIAL SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MONTEIRO

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CONGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

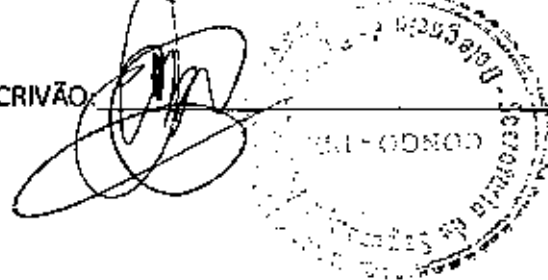
Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de Congo, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se encontra o Del. Pol. Yuri Givago Araújo Rodrigues, compareceu Cicero Antônio de Lima, brasileiro, solteiro, pescador, RG Nº 2300223 SSP PE, CNH Nº02693713544 CATEGORIA AD, com 35 anos de idade, nascido em 24/11/1980, filho de Antônio dos Santos Lima e de Creusa Inácia dos Santos, natural de Belo Jardim/PE, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Funda, Zona Rural, Congo/PB, o QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NO DIA 23/12/2015, pilotava sua motocicleta do centro da cidade em direção a sua casa, quando perdeu o controle do veículo e caiu; Que, na queda quebrou o tornozelo e fraturou o pé esquerdo em 03 lugares, conforme laudo médico apresentado e emitido pelo médico Drº Fídias Borborema; Que, segundo o declarante, tinha chovido e a estrada estava difícil; Que, a moto do declarante pilotada pelo mesmo é uma HONDA/XR-250 TORNADO, ANO 2004/2004, COR PRETA, CHASSI 9C2MD24005R002138, LEGALMENTE LICENCIADA; Que, ora registra esse boletim de ocorrência para efeito de seguro. Nada mais foi dito, nem lhe foi perguntado.

DELEGADO DE POLÍCIA: _____

DECLARANTE: *X*

Cicero antonio de lima

ESCRIVÃO: _____



14118 21/03/2016 065940 SEMINARIO LIDER IMPRINT 4

5

11-11-68

www.dpv

lique SAC DPVAT 0800 022 12 04

EU, Clelio Antonio de Lima

PORTADORA DO RG No.: 2.300.223 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 25/06/1936

CPF 046949784 03 /CNPJ _____ - _____ PROFISSÃO _____

Pensionista E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elcson Antonio de

6.10 _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR.)

No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 3038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 000 3394-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Congo - PB

DATA 07, 03, 226

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A: _____

Cicuta antmis di hia

14:13 21/03/2016 0666337 SEBASTIEN LIZIER PRIVAT 4

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738660

a/c: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8911485

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913279

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência faltando página
- Declaração de Inexistência de IML
- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Laudo do IML - Lesões corporais
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Iden dos
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0829977/16
Vítima: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF: 046.949.784-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/12/2015
Titular do CPF: CICERO ANTONIO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CICERO ANTONIO DE LIMA : 046.949.784-03

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.

Portador da documentação entregue

Data: 19/03/2016
Nome: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF/CNPJ: 046.949.784-03

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/03/2016
Nome: RITA DE CÁSSIA PINTO PANTOJA
CPF: 035.143.767-35

CICERO ANTONIO DE LIMA

RITA DE CÁSSIA PINTO PANTOJA

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recuperação de Documentos

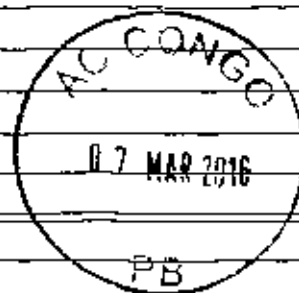

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Cícero Antonio da Silva
Data do Acidente 23/12/2015 CPF: 046.949.784-03

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome Cícero Antonio da Silva
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço Rua Emídio Lucas da Silva, 00
No. 00 Complemento casa Bairro Centro
Cidade Congo UF PB CEP 58635-000
Telefone (83) 993879348 Email _____



- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

COPIAS PARA: ☐ COPIA PARA O ACIDENTADO ☐ COPIA PARA O REPRESENTANTE LEGAL

Assinatura: Cícero Antonio da Silva ☒ Data de entrega: 07/03/16

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Comprovações (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☒ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 07/03/16
Nome Cícero Antonio da Silva
Identidade 8.300.223-558-PB
Cícero Antonio da Silva
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 07/03/16 ☒ Recebi os documentos assinalados
Nome Maria Luíza da Silva Farias
Matrícula Correios 8.448.943-3
Maria Luíza da Silva Farias
Assinatura do Atendente

DPVAT

Seguradora Líder

POST.
SEGURO

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



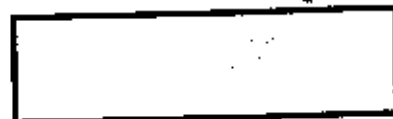
Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Elcio Antonio de Lima		(83) 99187 9348	
ENDEREÇO / Address			
Rua Emílio Gomes da Silva, SN, Centro			
CEP / Zip		CIDADE / City	UF / State PAIS / Country
58539000		Conço	PB Brasil



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DPVAT

Seguradora Líder



CORREIOS

AR MP PES

DJ 03



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 0800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
2 0 0 3 1 2 0 5	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 011580418923
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
CDD RENAVAM 844782025
R.N.R.C. *****
EXERCÍCIO 2015

NOME
PAULO CEZAR CHAVES PEREIRA
3 C CAPIBARIBE-PE

PLACA
150.228.688-E2
KLB3941

PLACA ANT. / UF
***** / PE
CHASSI 9C2MD34005R002138

ESPECIE TIPO
MOTOCICLETA
COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / XR 250 TORNADO
ANO FAB. 2004
ANO MOD. 2005

CAR. / POT. / CL. 2E/249CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2015 QUITADO
VENC. COTA ÚNICA 1 *****
FABR. / L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) KOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL
3 C CAPIBARIBE

DATA 09/03/15
Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU N



PE Nº 011580418923

PAULO CEZAR CHAVES PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

3 C CAPIBARIBE-PE
EXERCÍCIO 2015
DATA EMISSÃO 09/03/15

PLACA
150.228.688-E2
KLB3941

RENAVAM 844782025
MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB. 2004
CAL. 09
CHASSI 9C2MD34005R002138

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENUTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) KOF (R\$) TABELA DESPESAS PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO
DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

SE NÃO HOUVER OBRIGATORIO

ENCARGOS DO DETRAN



10008

10008

CIRUR. BUÇO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCÓPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA C.M.F.

UTI MÓVEL

Redesoc (DPUAT)

Declaro p. os fatos
fins que Cássio Antônio

de Jure Razon

deu mil e oitenta

reais (2.800,00) p. Razon

fins relacionados a

Cirurgia na p. - D.I.R

1417 21/03/2016 066936 SERRA D'AMARELA 1109 PDUAT

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

O melhor foi feito do
para pagamento hospitalar
e da equipe médica.

Dr. Filias G. F. Balthorens
TEGT 9826
CRIFB 5396-CP-PE 14654

18/02/11.

Laudos médicos

CIRUR. BICO-MAXILO-FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETRONEUROLOGIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA C-MR

UTI MÓVEL

Célio Antônio de Lima,
vítima de acidente moto-
ciclístico em 23/12/2015.

Foi submetido a trata-
mento cirúrgico com
fixação em 20/12/15.

Atualmente evolui com
limites de função do

MELHORE SUA LETRA

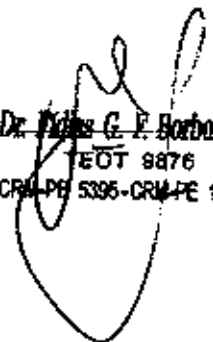
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

Membro inferior esquerdo
em 10 por cento (10%).

Dg: Fant. calcâneo

CID: 592.


Dr. Pedro G. F. Borborema
TEOT 9876
CRM-PE 5395-CRM-PE 14854

C-8.

14101116



HOSPITAL

ANTÔNIO TARGINO

NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO

030657

PACIENTE:

CONVÊNIO:

DATA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

SUS ☐

PRONTUÁRIO:

HORÁRIO: INÍCIO:

FINAL:

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	03
28819	RANITIDINA	
2870	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	CARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70872	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4680	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4858	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73218	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAK 10mg	
3034	DIMORF 9.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	01
3042	PENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
78750	NEOCAINA 0.5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 3% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUIN N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
40/12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	03
	ESCOVA DESCARTÁVEL	02
	COMPRESSAS	10
	CATETER PERIDURAL N°	
2384	BOLSA COLOSTOMIA	
186096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2888	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FNO	
	JELCO N° 22	01
	LÂMINA BISTURI N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 18cc	03
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	
3468	INTRA-CATH	
20117	FTTA GLICEMIA	
60917	GILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N°	05
	CNEDEL N° 03	03
40126	LUVAS 7.5	
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES	100
3549	LUVA PROCEDIMENTO	01
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	

CÓD.	TIPOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	MONONYLON N°	
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N°	
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	
2631	ÉTER	
2611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VARELINA	
384080	CLOREXIDINA	200
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	15
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	15
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIOS CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	15
	OXÍMETRO DE PULSO	15
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISOCOL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	para limpeza 4.0	01

HOSPITAL ANTONIO TARGINO LFDA

NOME DO PACIENTE	Elone		Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	09/01/16	ENDEREÇO	LEITO
OPERADOR	N. Farias	PAUCILAR	
PAUCILAR		PAUCILAR	INSTALMENTAÇÃO
ANESTESIA	R. Maciel	TIPO DE ANESTESIA	Asper
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FT Coluna		
TÉCNICA DE OPERAÇÃO	T. C. 1/1/1/1		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO CIRURGIÃO			
EXAME RADIOLOGICO NO A.I.G.	Dr. Farias G. E. Barbosa CRM 14854 1973		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

14:17 21/03/2016 09:59:12 SEGURADORA LIDER PRINT 4

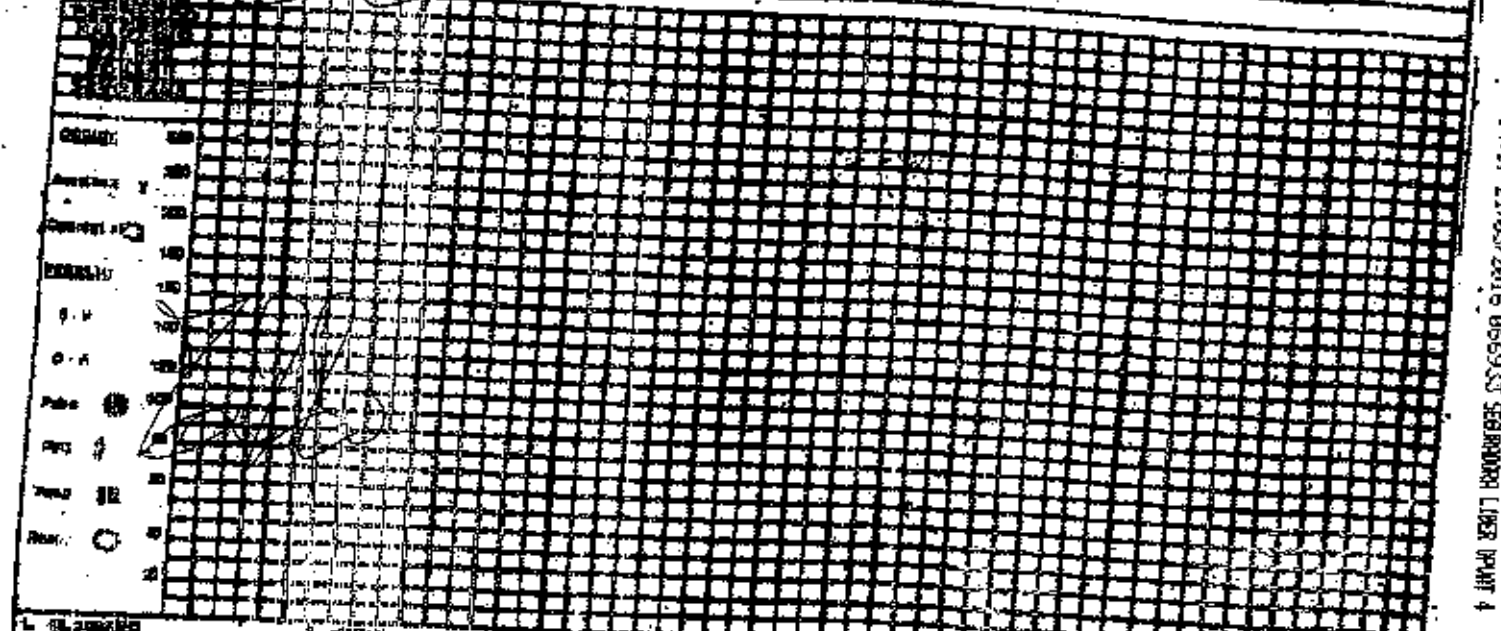
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1) Amp. x art 2) Ret. sup 3) fix. por fio (1) 4) Curvas + Tole

Dr. Farias G. E. Barbosa
 CRM 14854
 1973

FICHA DE ANESTESIA

NOME: ALDO A. S. V. Lima
 DATA: 09/01/16 IDADE: 35 SEXO: M
 ENDEREÇO: Rua A. L. S. Lima
 CIDADE: Curitiba ESTADO: PR
 ANESTESISTA: Manoel F. M. A. CRIANÇAS: Flora
 HORA: 10:00 DURAÇÃO: 11:00



1. SÍNDROME DE ALERGIA AL ANESTÉSICO: ☐ 2. SÍNDROME DE ALERGIA AL DROGA: ☐
 3. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐ 4. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐
 5. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐ 6. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐
 7. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐ 8. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐
 9. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐ 10. SÍNDROME DE ALERGIA AL SORO: ☐

AGENTES ANESTÉSICOS: Propofol 1% - 100 ml
Midazolam 0,05% - 10 ml
Fentanyl 0,01% - 10 ml
Atropina 0,5% - 10 ml
Clorpromazina 1% - 10 ml
 LÍQUIDOS: ☐ Soro Glicosado 5% 1000 ml
☒ Fisiológico 0,9% 1000 ml
☐ Ringer Lactato 1000 ml
☐ Sangue Total 1000 ml
☐ Outros 1000 ml
 TOTAL: 1000 ml

CONDIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: ☒ BOM ☐ RUIM
 REFLUXO EM SALA CIRÚRGICA: ☒ SIM ☐ NÃO
 OBSERVAÇÕES: ...

14117 21/03/2016 06:53:33 56880000 LINES IMPR 4

NOME:

Elena Aires

ALA:

9C Nave

LEITO:

68-1

IDADE:

35

CONVÊNIO:

Próprio

MÉDICO:

Dr. Farias

DATA: 04/02/16

MANHÃ

Paciente consciente, orientada
em pessoa para sua admission-
ta clínica, Anexo ao Prontuário
022x.

022602

DATA:

MANHÃ

TARDE

Paciente estável, RDE de exames
em rotina, diu-se satisfeita. Queixas
relatadas mais de 10 dias que se enor-
malizam. Medicação em uso: antibiótico
sufam.

OK

TARDE

NOITE

Paciente avaliado em P.O. L
medicados CPM alta-hospita-
-lizar P/ 05/02/16. Póster cul-
tivo antes de ir segue des-
critores da enfermagem.

Enfermeiro R. Rodrigues

NOITE

24/11/1980

35 YEAR

04/01/2016 13:23:32

N)



S: 37

C: 612

W: 991

IM: 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
- MINISTÉRIO DAS CIDADES	
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
- CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME CICERO ANTONIO DE LIMA	
	DOCUMENTO / CATEGORIA 2300223 SSP PR
	CPF 046.949.784-03
	DATA NASCIMENTO 24/11/1980
	RACAO ANTONIO DOS SANTOS LIMA CRENÇA INACIA DOS SANTOS
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1083357285	FORMACAO ACC CATEGORIA AD
	Nº IDENTIFICACAO 02693713346
MILITANCIA 17/01/2000	
1ª HABILITACAO 07/01/2003	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSAO 17/07/2015
 Antonio Carlos de Souza Assessoria de Transito	
47159504163 PB031019137	
CAMPINA GRANDE, PB (P. 118)	

14:18 21/03/2016 066942 SERENSON LIMER PONT 4

