



24/07/2020

Número: **0000038-32.2020.8.17.3180**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Riacho das Almas**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 16.200,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEBASTIAO JOSE DA SILVA (AUTOR)		MARIA AUXILIADORA DA SILVA SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65209437	24/07/2020 11:00	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
633.036.714-00 Sebastião José da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sebastião José da Silva CPF: 633.036.714-00
Profissão: Padreiro Endereço: Sítio Lagoa de Esmeralda Número: 390 Complemento:
Bairro: Sítio Lagoa Cidade: Riacho das Águas Estado: PE CEP: 55120-000
E-mail: Tel.(DDD): 81 936903340

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) 81 996604706

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 POUPANÇA (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: Bradesco

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

AGÊNCIA: 3211 5 CONTA: 07404 7
(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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Recife 09.04.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

S. Sebastião José da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura 09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.





Bradesco

**Crédito - Débito
Crediário**



5067 3157 7146 1200

5067

07/19 3211 5 0007404 7 02 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DO CONTA TITULAR FLUXO



SEBASTIAO JOSE DA SILVA

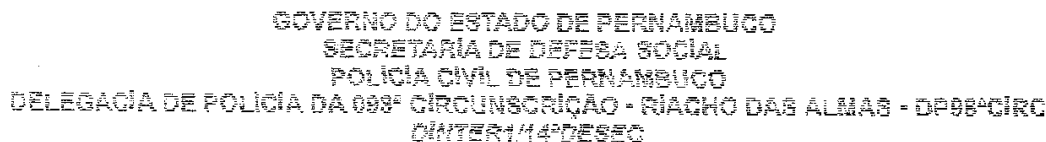
EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Scanned by CamScanner





Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/04/2014 às 16:52

Local destinado ao estacionamento: **AVENIDA JOAO SOARES DA FONSECA, 1, NA PRIMEIRA ENTRADA DO JOLEI M. PARK - Bairro: VILA DA CONSAE - FACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local de coleta: **MA BUDICA**

JONAS FERREIRA DE ANDRADE (AUTOR-AGENTE);
GEM BATISTA DA SILVA (NOTICIANTE);
MIGUEL (TESTEMUNHA);
MAURICIO (TESTEMUNHA);
EUGENIO JOSE DA SILVA (VITIMA).

SEGURO DPVAT

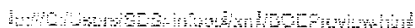
VEICULO: (Usando na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS FEIJUREIRA DE ANDRADE
VEICULO: (Usando na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIAÃO JOSE DA SILVA

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; SEBASTIANA MARIA DE LIMA P. JOSÉ JOAQUIM DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1964 Nacionalidade: PEZENOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 191487428285/PE (RG); 53203671400 (CPF); Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A); Telefones Celulares: 3399999999

1. 本局為便利民眾起見，特在下列各處設有公告欄，凡有公告事項，請逕向該處領取，以便張貼。如有需要，請逕向該處領取，以便張貼。如有需要，請逕向該處領取，以便張貼。

Endereço: RUA DOUTOR MANOEL BOREA, 1. CASA DO CRIADOR - JARDIM SUPERVALENÇA - CEP: 0 - FONE: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

WILLIAMS (nao presente ao plantão) - Sr. Martins Almeida: NAO INFORMADO - PERNAMBUCO/BRASIL
 Professor Roberto: Srta. Maria Vitor, 1, Rua Traó do Posto de Sernão - Celso - Santo Lora Rural - Macho
 000-11140/PERNAMBUCO/BRASIL.



MAURICIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INÁCIA Pai: JOSÉ SEVERINO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, CASA DE SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

GEM BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: MANOEL

BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1967 Naturalidade: GUARINHEM / PARAIBA / BRASIL Documentos: 10160166/SSG/PE (RG) 92898931468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Telefones Celulares: - 991805121

Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SÍTIO ESMEIRA, PRÓXIMO ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: Não Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Marca: PCW4113 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Renavam: 141151020 Chassi: 9C2MC2200JR008865 Ano Fabricação/Modelo: 2017/2016

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE, que estava em posse do(a) Sr(a):

JONAS FERREIRA DE ANDRADE

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/GM/S10 Objeto apreendido: Não Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Marca: PCC2016 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEBASTIÃO JOSÉ VINHA EM SUA MOTO, NA PE 95, NO SENTIDO CUMARU-PE - RIACHO DAS ALMAS-PE, QUANDO JONAS, QUE VINHA EM SUA CAMINHONETE, NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTROU À ESQUERDA BRUSCAMENTE, ATRAVESSANDO NA FRENTE DE SEBASTIÃO JOSÉ, QUE CHEGOU A FREIAR, MAS NÃO HOUVE TEMPO PARA PARAR, TENDO OCORRIDO A COLISÃO. A MOTO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA CAMINHONETE. JONAS NÃO PAROU E SEGUIU NO SENTIDO DO BAIRRO GOLDEN PARK. SEBASTIÃO JOSÉ FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, PRONTUÁRIO 00020089-7, E DE LÁ AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS QUE SOFREU. POSTERIORMENTE SEBASTIÃO JOSÉ FEZ DIVERSAS CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM, COM PREVISÃO DE SEIS MESES PARA MELHORA, SEM INFORMAÇÕES SOBRE SEQUELAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gem Batista da Silva

**GEM BATISTA DA SILVA
(NOTICIANTE)**

Almir
S.O. registrado por: ALMIR JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 209093-7



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	633.036.714-00	Sebastião José de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sebastião José de Silva	633.036.714-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Retirado	Sítio Lagoa de Esmeralda	590
Bairro:	Cidade:	Estado:
Sítio Lagoa	Riachão das Américas	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55120-000	(31) 936903340

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) 81) 9.96604706

RENTA 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)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: 3211 5 CONTA: 07404 7
(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: Vivos: Falecidos:	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, Recife 09.04.2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	EXCELSIOR SEGUROS
CPF:	
2ª Nome:	09 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.

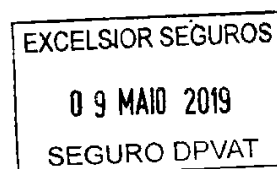
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



[illegible]

^a The number of subjects who were included in each group was 10.

Horacio Gonzalez, Asst. de Obrero
100-44396-364.397 - FAF

[illegible][illegible]



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GENI BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA DA ESMERA 590

CPF 000.000.000-00 NIS 16336429602

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BANDA RENDIMENTO

SITIO LAGOA DA ESMERA/RIACHO DAS ALMAS PE
55120-000

7004234256

03/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LECTURA

15/03/2019

04/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

35,83

NUMERO DE FATURA	PERÍODO	EMISSÃO
053031051	UNICA	08/03/2019
DATA DE VENCIMENTO	NUMERO DE FATURA	NUMERO DE INSTALAÇÃO
08/03/2019	2010834552	3313353

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 041572680 - 10/12/18
Multa por atraso-NF 045346075 - 07/01/19
Juros por atraso-NF 041572680 - 10/12/18
Juros por atraso-NF 045346075 - 07/01/19

QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18693510	5,60
70,0000000	0,32048018	12,43
8,0000000	0,48069027	3,84
		2,82
		0,42
		0,27
		0,35
		0,10

Scanned by CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL * FATURA * CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

CPF 074 350 264-76

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR JOSE RUFINO BEZERRA 897 --B

CAJAVITÓRIA DE SANTO ANTAO
VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE
55610-010

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

7022365082

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LECTURA

26/02/2019

14/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,07

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050204867	UNICA	12/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/02/2019	2014785868	5186873

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	174,0000000	0,73479853	127,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,51
Multa por atraso-NF 042632464 - 15/12/18			3,04
Juros por atraso NF 042632464 - 15/12/18			1,87

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAIO 2019
SEGURO DPVAT





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/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 Leiziane de Oliveira Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ nº 074.350.264, / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sebastião José da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 633.036.714 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Sebastião José da Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 633.036.714 / 00, 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>Av. José Rufino Pereira</u>	Número: <u>807</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>3032</u>	Cidade: <u>Vitoria</u>	Estado: <u>ES</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55610-010</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Vitoria/ES 30/04/2019

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

DLDR001 V001/2017



RIACHO DAS ALMAS-PI

UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

2590
22074



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0122460

Prontuário: 00020069-7

Idade: 54 ANOS, 3 MESES E 10 DIAS

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Dt. Nasc.: 12/12/1964 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: SÍTIO ESMERA

Cidade: CUMARU/PE

Bairro:

Documento: CI10148742

CNS:

Mãe: SEBASTIANA MARIA DE LIMA

Sisprenatal:

Profissão:

Pai:

CEP: 55655000

Nac: BRASIL

Tel.:

Responsável:

Últimas Ocorrências			EXCELSIOR SEGUROS
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento	
22/03/2019 18:39	0122460	ACIDENTE DE MOTO	09 MAIO 2019
30/07/2016 10:59	0037038	MAL ESTAR	
			SEGURO DPVAT

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
	110/70				

Queixas / Diagnóstico

Acidente moto

- ferida o quadril na cabeça
 - otorragia ouvido esquerdo
 - fratura fechada - braço esquerdo
 - costado, desmontado
- glosser 12

Tratamento

- 500mg. Sal - l metil
- 500mg. Sal - l metil
- 500mg. Sal - l metil

Leite: 1ml 5646523
Hospital: HN

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM Dr. Kelly Lima da Silva Clínica Médica HOBART: 22074	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	





TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		Registro: 5387	
Nascimento: 12/12/1964	54 Anos	Sexo: Masculino	Natural: RIACHO DAS ALMAS
Identidade: 10148742	CPF: 633.036.714-00	Profissão:	
Endereço: SÍTIO RAMADA		Bairro: ZONA RUAL	
Cidade: RIACHO DAS ALMAS	UF	CEP: 55120000	
Filiação: SEBASTIANA MARIA DE LIMA		/ JOSE JOAQUIM DE LIMA	
Telefone: 81993058040	Celular: 0	Religião:	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		Prontuário: 42319	
Convênio: PARTICULAR HSG		Data Internação:	
Matrícula:	Gula:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Apartamento		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 4º ANDAR	Acomodação: APARTAMENTO 405	Leito: 405	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		CPF: 633.036.714-00	Identidade: 10148742
Endereço: SÍTIO RAMADA		Bairro: ZONA RUAL	
Cidade: RIACHO DAS ALMAS	UF	Telefone: 81993058040	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela instituição conveniada, seja a que título for, incluindo através de pagamento em relação ao pactuado entre instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitida(s) duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento da diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia de convênio? () SIM (X) NÃO

(Caso Afirmativo Descreva: _____)

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

Caruaru, 4 de Abril de 2019.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C





CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aqui contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem essas atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiolologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados



403

NOME: <u>Somália José da Silva</u>	DATA: <u>06/03/19</u>	REG:
SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>52</u>
PESO:	ALT:	HOSPITAL:

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pré-Operatório</u> (E)									
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA	
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <u>Blockio</u>					
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	<u>Pré-Operatório</u> (E) <u>Pré-Operatório</u>					
	NA	K	CL	RESERVA ACL	<u>Pré-Operatório</u> (E) <u>Pré-Operatório</u>					
	OP. PROPOSTA <u>No Circo Pré-Operatório</u> (E)					ALERGIA:				
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:					
					PRÉ-ANESTÉSICO:					

HORA	<u>19:40</u>	<u>20:40</u>	<u>21:40</u>	<u>22:40</u>
O ₂				
N ₂ O				
Gases				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂			
<u>NaOH</u>	<u>1/2</u>	<u>4 cc</u>	<u>Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda</u>		<u>Intubação</u>	
<u>K₂CO₃</u>	<u>1/2</u>	<u>10 cc</u>				
			Posição <u>Ant</u>	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			Pos. Pós <u>Ant</u>	Pos. Pós <u>Ant</u>	Aparelho <u>Spont</u>	Cond. Final
			Resultado	Reflexo		
			Duração da Op.	Duração da Anest.		
			Monitorização <u>ECG + oximetro + Sat</u>			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR
				CIRC	RESP	S.F



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE	Sebastião Falcão Silva	REGISTRO	5384	DATA	04.04.19
CORVÊO	Histórico	PROCEDIMENTO	Prognóstico História MSF		
QUIRURGIÃO	DR. Falcão	ANESTESISTA	Dr. Falcão		
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	Maria	INÍCIO	18:35	TERMINO	20:30
ANESTESIA	Prognóstico	CIRCULANTE	Solok		

Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 150mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água dehidratada sol. inj. 10ml	
Alfentanila sol. inj. 0,50mg/ml - amp 5ml	
Atropina sol. inj. 0,15mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaína + Cloridrato sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Bupivacaína isôptica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefazolin sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolin sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefepime sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml	
Cefepime sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml	
Clostracup sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 2ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 300ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	
Dexametazona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Diazepam sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Diazepam sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Diclofenaco sol. inj. 100mg - amp 0,4ml	
Efedrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Efedrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etidronato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanyl sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 9% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 9% - fr 500ml	
Heptarina sol. inj. 5,000U - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hioscina - H-p-rna sol. inj. 10mg 5ml	
Levopropisafina sol. inj. 0,2% C/V - TAXA	
Levopropisafina sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Lidocaína sol. inj. 2% C/V - fr/amp - TAXA	
Lidocaína sol. inj. 2% C/V - fr/amp - TAXA	
Lidocaína sol. inj. 2% C/V - fr/amp - TAXA	
Mefenidol sol. inj. 50mg/ml - base 100ml	
Mefenidol sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Nalbufina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml	
Nalbufina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 2ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Onidazepam sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Onidazepam sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Paracetamol sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Ramifenidol sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com Lidocaína sol. inj. - fr 500ml	
Rocuronio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml	
Sedativo sol. inj. 10mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 50mcg/ml - amp 5ml	
Suscetamicina sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 50mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

Material Médico Hospitalar	Quant
Agulha descartável nº8	
Agulha Geriátrica	
Agulha para Remoção Rivas 130	1
Agulha Peridural nº 15	
Algodão bom	5
Asticure de Crepe nº 50 cm	5
Atadura gessada nº	
Caráter para Higienção	
Caráter para conecção nº	24
Cara para Coto	
Coléter Sistema Aberto	
Coléter Sistema Fechado	
Cumprimento na gaze 7,5 x 7,5	5
Dréne	
Estrado	
Esquema macio com injetor	1
Esquema para ionizadores	
Esfera para degormação	1
Esferadrape	
Faixa elástica nº 25	2
Máscara descartável	1
Microscópio	
Palito	
Superfície descartável	1
Scap nº	
Seringa 10ml	
Seringa 1ml	
Seringa 20ml	5
Seringa 3ml	
Seringa 5ml	
Seringa 50ml	
Seringa Ponta de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias nº	
Sonda de Foley 03 vias nº	
Sonda endoscópica nº	
Sonda nasogástrica curta nº	
Sonda nasogástrica longa nº	
Sonda uretral nº	
Stomplex	
Tornhete de 09 vias	
Touca descartável	1
Tubo de sifone	
UNIFIX RUP	1
COMPRESSA	5
Guinda 24	1
Plano fixo	1
Termômetro nº 93	1
Algodão estapado	1015

Pais de Sutura	Quant
Algodão 2/agulha nº	
Algodão 3/agulha	
Capulini nº	
Carimim (comodo) nº	
Carimim Simples nº	
Estibador nº	
Fio de Aço nº	
Kit Catarata	
Molinos nº	
Núcleos ARI	
PD5 nº	
Pratense nº	
Pratense nº	
Pratense nº	
Pratense nº	
Fio de catarata nº	
Fio de forcas (nº)	

[illegible][illegible]

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INICIO	TERMINO	TAXAS E EQUIPAMENTOS	INICIO	TERMINO
Taxa de abertura de anotação			Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Aspirador			Taxa de Transfusão: PK	17/1/2011	
Taxa de Material Elétrico					
Taxa de Microscópio			GASTOS	INICIO	TERMINO





Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA
Prontuario: 423/19 Registro: 5387
Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 24d
Localização: 4ANDA, APT405, 405
Clínica: Cirúrgica

Médico: Germana Milena da Silva
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 04/04/2019 às 14.53
Alta:

Evoluções do paciente

1

05/04/2019 às 07:28:34 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1025065 ANITA KAROLINE SILVA VANDERLEI DO NASCIMENTO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PACIENTE EGR. CONSCIENTE, ORIENTADO, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VINCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS. ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O. DIURESE ESPONTÂNEA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

05/04/2019 às 09:40:41 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SSVV NORMAIS. REALIZADO CURATIVO OCLUSIVO EM F.O LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SINAIS FLUOGISTICOS.

USADO:

02 ATADURAS 10CM
01 LUVA 8,5
02 PACT DE GAZE
20CM DE MICROPORE
10ML DE ALCOOL

PACIENTE LIBERADO SEM QUEIXAS.

05/04/2019 às 09:41:11 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

PACIENTE OBTVE ALTA HOSPITALAR.
RETIRADO AVP.

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

Página: 1 de 1

Emitido em: 05/04/2019 09:42:50

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA
Prontuário: 423/19 Registro: 5387
Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 23d
Localização: 4ANDA, APT405, 405
Clínica: Cirúrgica

Médico: ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 04/04/2019 às 14:53
Alta:

Evoluções do paciente

1

04/04/2019 às 22:54:19 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405
COREN: PE-733483 CICERO ROMAO DE MACEDO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

as 21:00hrs recebe cliente vindo da srpa em poi de (punho + tendão) em egr eupnôico, corado, orientado, afebril, hidratado, c / dieta livre por vo, sem avp, com curativo em fo, segue no leito e aos cuidados da enfermagem.

04/04/2019 às 23:39:16 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405
COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
00:00	130X80	94	36	99

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

05/04/2019 às 06:06:40 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405
COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
06:00	130X80	96	36,8	96

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

05/04/2019 às 06:07:07 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405
COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

REPASSO PLANTÃO COM PACIENTE MANTENDO-SE ESTÁVEL, COM SSVV DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HOT, CONCILIA SONO NOTURNO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O, DIURESE ESPONTÂNEA, REALIZADO CUIDADOS DE ROTINA E MEDICADO CPM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUIR AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Anderson F. da S. Moura
COREN-1178237

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

Página: 1 de 2

Emitido em: 05/04/2019 08:08:40

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 24d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clinica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Ata:

Evoluções do paciente

†

05/04/2019 às 01:30:32 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - EXAME FÍSICO

2 - Eliminações fisiológicas

3 - Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular

3.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Cérebro

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Via Oral

Tipa

3.8 - Deambulação: Independente

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eupnéico

3.11 - Regulação Vascular: Normotensão

3.12 - Pulso: Cheio

3.13 - Regulação Abdominal

Globozo

Indolor

3.14 - Hábito Urinário

Espontânea

3.15 - Ferida Operatória

Sim

Local: ANTEBRAÇO ESQUERDO E MÃO DIREITA

3.16 - Dreno

Não

4 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S e técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pervias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório.

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Avaliar locais de inserção de cateteres quanto a presença de sinais flogísticos.

Orientar quanto a deambulação precoce.

Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.

Explicar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados.

Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.

Oferecer apoio e minimizar a ansiedade.

Administrar medicação conforme prescrição médica.

Oferecer conforto ao paciente.

Orientar quanto a importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

6 - Evolução Enfermagem

6.1 - Descrição

Página: 1 de 2

Emitido em: 05/04/2019 02:34:25

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320





Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 23d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clinica: Cirúrgica

Médico: Juliete Bezerra Da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Alta:

Evoluções do paciente

1

04/04/2019 às 16:06:38 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)

1.1 - Evolução

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico em mms. CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando dieta oral zero(SiC), anexado ao prontuário exames laboratoriais\ exames de imagem \ parecer cardiológico \ nega dm , has e alergias . RELATA SER CARDIACO , JÁ FEZ CATI . sem mais queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais Vitais

Horas	Temp.(°)	Pulso	Resp	PA
16.00	36	75	97	130x80

04/04/2019 às 17:17:29 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico

1.1 - Descrição:

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

Juliete Bezerra Da Silva
PE-796037

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA





Nome: **SEBASTIAO JOSE DA SILVA**
Prontuário: 42319 Registro: 5387
Sexo: Masculino Data nasc: 12/12/1964 Idade: 54a 3m 23d
Localização: 4ANCA, AP7A05, Internado há:
Clínica: Cirúrgica

Médico: **PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE**
Convênio: PARTICULAR HSG
CID: - NAO INFORMADO
Peso: Altura:

Observação Prescrição

do item prescrito

Quantidade Unit. presc. Velocidade Infusão Via de acesso Frequência Horários

EQUIPO MACRO GOTAS COM INJETOR LATERAL - UNID

1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

ANTIDINA SOL INJ 25MG/ML - AMP 2ML

1 AMP

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

SERINGA DESCARTAVEL 40ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

INATIVO DIARIO

ACM

INW + CCGG

ACM

ETALINRE

MAIORAL

la: 04/04/2019 08:00:00
te: 05/04/2019 07:59:00

PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
CRM-PE-15172

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

o em: 4 de Abril de 2019 às 22:22

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar





PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

- Prescrição médica IVU, 2019

Registro: 111111

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 42378

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Data nasc.: 12/12/1984

Médico: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Conteúdo: PARTICULAR HSG

Localização: 4ANDA, AP7405

Idade: 34a 3m 23d

CID: - NAO INFORMADO

CID: - NAO INFORMADO

Clínica: Cirúrgica

Observação Prescrição

fo item prescrito

Quantidade Unit. presc. Velocidade Infusão Via de acesso Frequência Horários

TIA BRANDA HIPOSSODICA

1 Releções

VA ORAL

DIRETO DE SODIO SOL INJ 0.9% - FR 500ML

1 FRIS

INTRAVENOSA

12H2

FALOTINA SOL INJ 1G - FRAMP

1 FRIS/AMP

INTRAVENOSA

08/08

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

IRONA SOL INJ 500MG/ML - AMP 2ML

1 AMP

INTRAVENOSA

04/04

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

VIOXAM SOL INJ 40MG - FRAMP

1 FRIS/AMP

INTRAVENOSA

12/12

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

AMADOL SOL INJ 100MG - AMP 2ML

1 AMP

INTRAVENOSA

08/08

CLORETO DE SODIO SOL INJ 0.9% - FR 100ML

1 FRIS

SERINGA DESCARTAVEL 3ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

a. 04/04/2019 08:00:00

e. 05/04/2019 07:59:00

CARUARU 4 de Abril de 2019.

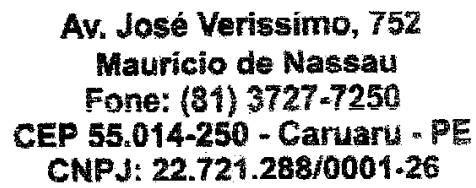
PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

CRM-PE-15172

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

em: 4 de Abril de 2019 às 22:22

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar



Registro Nº _____

Apto. N°





HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL

Nº Registro 5387		Data Internamento: 04/04/2019 14:53:00	
Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		Bloco: 4º	Enf/Apt: APART Leito: 406
Convênio: PARTICULAR HSG		Carteira:	
Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE		Data Evento: 05/04/2019 08:24:46	

EVOLUCAO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

DIETA V.O, BRANDA, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPÍDICA, NORMOGLICÍDICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET: 2.000KCAL/DIA. PGT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES.

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes
Nutricionista
CRN 14911

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

05/04/2019 08:24:46

CRN-PE-14911





04/04/2019 AS 14:53



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 12/12/1964	IDADE: 54 anos, 3 meses e 23 dias
NOME DA MAE: SEBASTIANA MARIA DE LIMA		NOME DO PAI: JOSE JOAQUIM DE LIMA		IDENTIDADE: 10148742
ENDERECO: SITIO RAMADA		BAIRRO: ZONA RUAL	CIDADE: RIACHO DAS ALMAS	UF: PE
CONVENIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE		ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: SIDRAILMASANTOS
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: APARTAMENTO	LEITO: 405	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: RIACHO DAS ALMAS
				PROFISSAO:

Queixa Principal:

História Clínica:

Vem a consulta com dor

Exames:

Rx

HD:

*Facheco Viana @
(Faltou a consulta)*

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐

Data Alta: Hora:

Médico Responsável:

Sidraílmas Santos
Paciente ou Responsável

Sidraílmas Santos
SIDRAILMASANTOS

Av. José Venâncio, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Ort - CNPJ 22.721.288/0001-26



SEBASTIAO JOSE DA SILVA, PAR
Data de aquis. 20/06/2018
Sex Masc
Data de nascimento 12/12/1964
ID 102274
Hora de aquis. 14:39:47
Sex Masc
Data de nascimento 12/12/1964
ID 102274
Hora de aquis. 14:41:30
Sex Masc
Data de nascimento 12/12/1964
ID 102274



Scanned by CamScanner





Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Libertas para o Lobo
54 anos

*Prescrição médica de acidente de
trânsito com lesão traumática em
membros superiores e inferiores
com fraturas fechadas dos braços e pernas
Causa: queda de altura*

Libro: 5646523

Hospital: HR

*Dr. João Lima da Silva
CRM: 22074
2273119*



Registro: 102284

Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 42319

Data Emissão: 28/03/2019 15:06

Atendimento: Externo

Nascto.: 12/12/1964 54 Ano(s)

Setor: UNIDADE III - SGD HOSPITAL

Sexo: M

Convênio: PARTICULAR - SGD

Digitado por: LAYSASOUSA

Médico Solic.: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

ULTRASSONOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Pele e revestimento subcutâneo preservados.

Planos musculares íntegros.

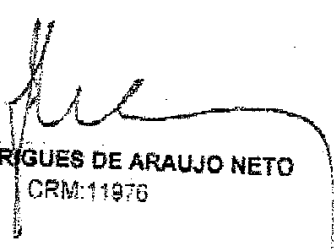
Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.

Ausência de formações nodulares sólidas ou císticas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.

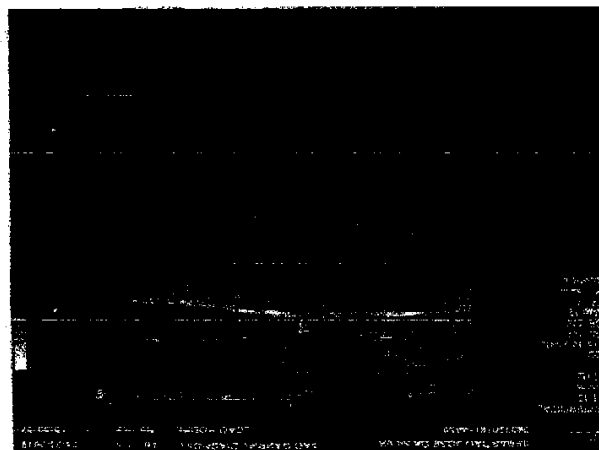
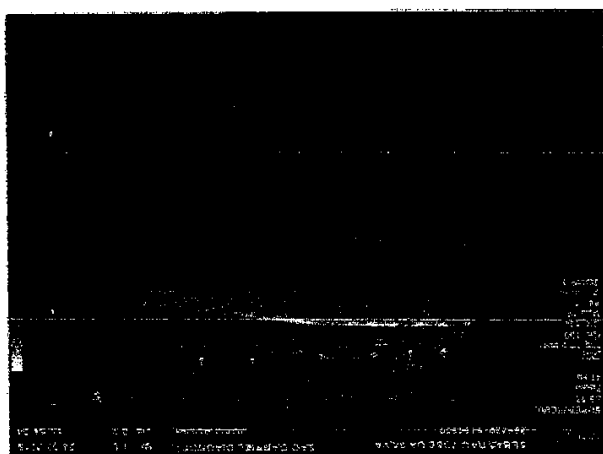
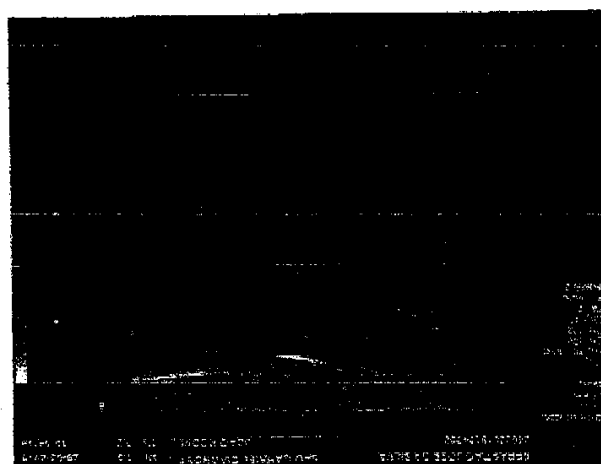
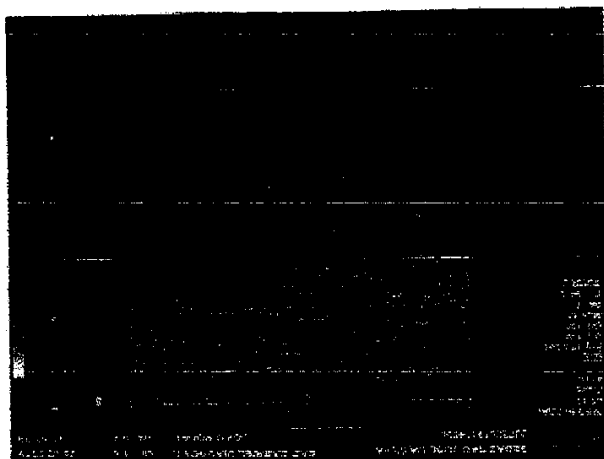
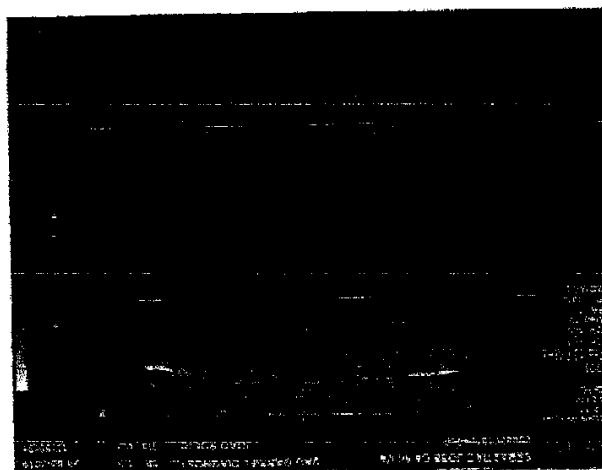
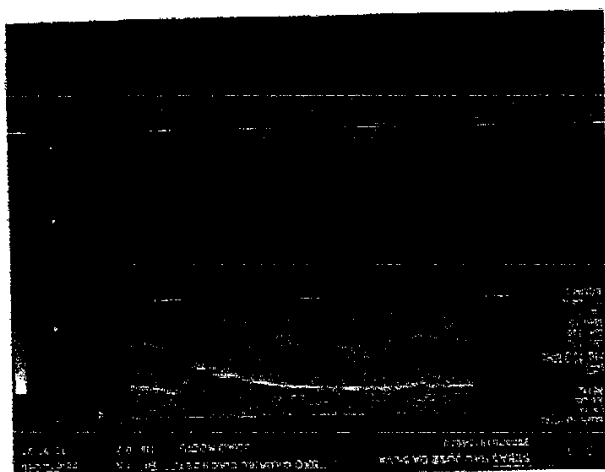
Obs.: Estamos realizando exames de tomografia computadorizada multislice de 16 canais, em todas as áreas de radiologia.


JOAO RODRIGUES DE ARAUJO NETO
CRM:11976

SÃO GABRIEL DIAGNÓSTICOS
Rua Saldanha Maranhão, 383
Maurício de Nassau
FED 51012-740 Caruaru PE
(81 364) 5721 / 7777 | 3721 8106

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Venâncio, 752
Maurício de Nassau
CEP 55014-320 Caruaru PE
Tel (81) 3718-0950





UBALICI

Patient Name : JOSE DA SILVA, SEBASTIAO
Exam Date : 28-03-2019 15:47:13





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	10.148.742
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/04/2015
<< SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA >>	
FILIAÇÃO	
<< JOSÉ JOAQUIM DA SILVA >>	
<< SEBASTIANA MARIA DE LIMA >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
BEZERROS - PE	12/12/1964
DOC. ORDEM << 1488170155 2014 2 00004 279	
0001475 29 RIACHO DAS ALMAS-PE >>	
CPS	633.036.714-00
Ass. Patrícia CG	

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **LESIANE DE OLIVEIRA SILVA**

DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, etc.):
 7881456 RDS PE

CPF: **074.350.264-76** DATA DE NASCIMENTO: **30/07/1988**

PLACAO: **MANOEL CAMILO DA SILVA**

LINDALVA CARLINDA DE OLIVEIRA SILVA

FORMACAO: **ACC** CATEGORIA: **3**

INSCRIÇÃO: **05186265046** VALIDADE: **11/04/2012** EXPIRAÇÃO: **30/09/2014**

OBSERVAÇÕES:
 sem observações

Assinatura de Lesiane Silva

LOCAL: **VITORIA DE SANTO ANTAO - PE** DATA DE EMISSAO: **13/10/2015**

Assinatura do Detentor

5646590976
 98069270171

ULTRAN - PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1107453261

PROBADO PLASTIFICAR
1107453261

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESAR DE
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 013815047594 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO JOSE DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
BIACHO DAS ALMAS-PE 2017 19/01/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
690.035.713-00 PCW9113

RENAVAM MARCA / MODELO
1141151020 HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2017 09 9C2KC2200JR008805

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

Scanned by CamScanner



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Yves Cordeiro de Mello Junior CPF DA VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE 22.03.19 CPF DO PORTADOR _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (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) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/05/19
 IDENTIDADE Yves Cordeiro de Mello Junior
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09/05/19
 NOME Yves Cordeiro de Mello Junior
 ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Pedreiro
Identidade: 16.448.742 SDSIR CPF: 633.036.714-00
Endereço: Rua Lourenço da Emília, 590, Z Rural de Riacho das Almas/PE.

PROCURADOR:

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 7801456 SDSIR CPF: 074.350.264-76
Endereço: Rua Dr. José Rufino Bezerra, 391-B, Cajó, Vitória de Santo Antão/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

Data do acidente: 22 / MAR / 2019

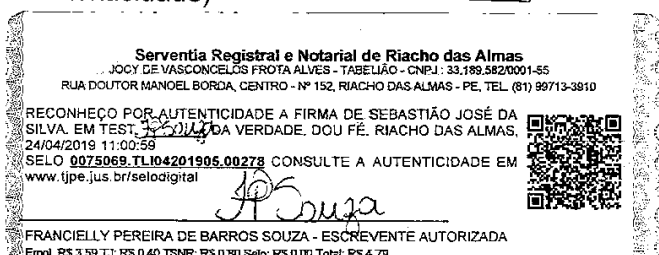
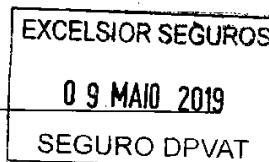
Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE

Riacho das Almas em 24/04/19

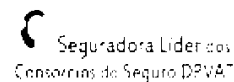
Local e data

*Substituição por Autenticidade

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156728/19

Vítima: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

CPF: 633.036.714-00

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/03/2019

Titular do CPF: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA : 074.350.264-76

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

SEBASTIAO JOSE DA SILVA : 633.036.714-00

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: 09/05/2019
Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 074.350.264-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

SIMONE BARBOSA CORREIA

