

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vitima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180326542**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13124319



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vitima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180326542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13130438



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180326542**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13507718



~~SECRET~~ RDR LIDER DPURT 5 17/10/2017 10:20 - 0083627706

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

3170640823

CPF da Vítima

056924434-06

Nome completo da vítima

MICHELE VIEIRA BANDEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MICHELE VIEIRA BANDEIRA	CPF titular da conta 056924434-06	Profissão DESEMPREGADA
Endereço R: MARIA DE FATIMA F. FERNANDES DE ALMEIDA	Número 345	Complemento D
Bairro VIDA NOVA	Cidade TOUBAL	CEP 58840-000
Email riquelme_nilva@bol.com.br	Estado PARNÁ	Telefone (DDD) (083) 9 9679 0783

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. **0732** DV **013** CONTA NÚM. **00028841-3** DV **0123**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME **CAIXA** NÚM. **00028841-3**
AGÊNCIA NÚM. **0732** DV **013** CONTA NÚM. **00028841-3** DV **0123**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TOUBAL, 07 de **AGOSTO** de **2018**

Local e Data

MICHELE VIEIRA BANDEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18-JUN-2012 11:26 054320 1/1

SECRETARIA GERAL DE PM



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA**Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 608/2**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**Data do fato: **18/08/2017 – por volta das 09:20horas**Local do ocorrido: **Pombal-PB**Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017– 10:10Horas**

COMUNICANTE: MICHELIÊ VIEIRA BANDEIRA, Filiação: Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** – CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLES FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: A comunicante está cientificada das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.COMUNICANTE: Michele Vieira BandeiraTes. Talles Formiga do NascimentoTes. Francisco de Assis Barbosa Brito

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

23/11/2017 11:21 - 000109896 SEGURANÇA LIDER DEPARTAMENTO S.17/10/2017 10:20 - 000000277056

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 608/2

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **18/08/2017 – por volta das 09:20horas**

Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017– 10:10Horas**

COMUNICANTE: MICHELÊ VIEIRA BANDEIRA, Filiação: Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/**Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** – CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLEs FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: A comunicante está cientificada das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Michellê Vieira Bandeira

Tes: Talles Formiga do Nascimento

Tes: Francisco de Assis Barbosa Brito

Amílcar de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

23/11/2017 11:21 -000103886 SEGURANÇA LIDER DEPARTAMENTO 12/10/2017 10:20 - 000002770596

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MICHELE VIEIRA BONDINA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na RUA M^{te} DE FATIMA F. FRANÇA BAIRRO NOVA VILA 1^o ANO Cidade POMBAL, Estado PARAIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Michele Vieira Bondina

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

18/08/2014 POMBAL - PB

Local e data

28/11/2017 11:21 - 900108885 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277062

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MICHELE VIEIRA BANDEIRA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na RUA MARIA DE FÁTIMA F. FRANÇA BAIRRO ABUS VILA NOVA Cidade POMBAL, Estado PARAIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Michele Vieira Bandeira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

18/08/2014 POMBAL - PB

Local e data

23/11/2017 11:21 -000108865 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 12/10/2017 16:20 - 00000277062



Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 05

Prefeitura de POMBAL

Trauma



IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA

Data: 18.08.17	Ocorrência: <u>0002</u>	Paciente / Usuário: <u>Michelle Zieira Pomdeira</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem
Local de Ocorrência: <u>Rua Johnson</u>	Nome: <u>Michelle Zieira Pomdeira</u>		Sexo: <u>Nome</u>	Idade: <u>Vida</u>
Após no Local: ☐ PM ☐ Bombeiros ☐ PRF ☐ Agentes de Trânsito ☐ Outros: <u>Carro de Bombeiros</u>	Agente de Trânsito: <u>Carro de Bombeiros</u>		Médico Regulador: <u>Helena</u>	
OTA: MOTIVO: _____				

DESTINO

LOCAL 1: <u>HSP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>Dr. Jairo Henrique de Sousa Neto</u>	OBS: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

☒ CLÍNICO ☐ GINECO - OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGIA(S): _____ ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____ VACINAS: _____
---	---

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐ HÁBITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SÔNOLENTO

FUNÇÃO MOTORA: ☐ COMA ☐ AGITADO ☐ OUTRO: _____

PELE E MUCOSA: ☐ DEAMBULA COM AUXÍLIO ☐ ACAMADO ☐ OUTRO: _____

PELE E MUCOSA: ☐ PALIDO ☐ ICTÉRICO ☐ CIANÓTICO ☐ PELE FRIA ☐ SUDOREIA ☐ PETÊQUIAS ☐ EQUIMOSSES ☐ OUTROS: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☐ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ APNEIA ☐ BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ ☐ MV ☐ MV

☐ RETRAÇÕES INTERCOSTAIS ☐ HEMÓPTISE ☐ EPISTAXE ☐ OUTRO: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICARDIA ☐ BRADICARDIA ☐ ASSISTÓLIA ☐ 15CF ☐ PULSOS - NORMAIS ☐ PULSO RIQUIFORMES

SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: ☐ + ☐ - ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE / ABDOME: ☐ ELÉDROSO ☐ PLANO ☐ FLÁCIDO ☐ DOLOR A PALPAÇÃO ☐ RHM ☐ RIL

☐ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL ☐ DIARRÉIA ☐ DESENTERIA ☐ HEMATEMÉSE ☐ NAUSEAS ☐ VÔMITOS OUTRO: _____

SISTEMA GENITOURINÁRIO: ☐ DISURIA ☐ POLACIÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐ INCONTINÊNCIA URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA

☐ SVU OU: _____ ☐ SVA

QUEIXA PRINCIPAL: ☐ DGM / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____

☐ OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VVA: ☒ LIVRES ☐ OBSTRUÍDA ☐ CORPO ESTRANHO ☐ SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA CAPILAR: 113 mg/dl

FR: 19 mmHg SpO2 SEM O2: 99 % / SpO2 COM O2: _____ % FC: 101 bpm PA: 160x100 mmHg PERFUSÃO: ☐ < 2s ☐ > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: ☐ ENFERMEIRO ☐ TÉCNICO EM ENFERMAGEM

USB 05 acionada para atendimento de paciente vítima de acidente (colisão moto x carro). O encontramos em decúbito lateral, consciente, verbalizando, queixando-se dor em tornozelo (C) e braço (C). Feito imobilização conforme protocolo, colar cervical, mancha magda, talas. Feito AVP com SCL. Encaminhado ao HSP. Retornamos a Base.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Játima Alves</u>	COREN: <u>265992</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUZIR SOCORRISTA: <u>Flávio Caldas</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____		

23/11/2017 11:21 - 000108387 SEGURADORA LIDER DEPUT

SEGURADORA LIDER DEPUT 5 17/10/2017 10:20 - 000108277057

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CNP	TÍTULO DE ELEITOR	HABITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:		
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE	VALOR R\$					
CALÇADOS (MARCA):	PÉRGIO (MARCA):		ANELS (QUANTIDADE):			
BRINÇOS (QUANTIDADE):	PULSERAIS (QUANTIDADE):		OUTROS:			
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR: FUNÇÃO:						
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
ASAS 100mg		ALCOOL (PINGETA 250ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 20ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO OCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HEOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FURDSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTAVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	SG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:		MARCA:	MODELO:
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO		
DINHEIRO EM ESPÉCIE	VALOR R\$					
CAÇADOS (MARCA):			RÉGIO (MARCA):		RWEIS (QUANTIDADE)	
BRINÇOS (QUANTIDADE):			PULSÉIRAS (QUANTIDADE):		OUTROS:	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBE O PERTENCES:						
SÓCIO: FUNÇÃO:						
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT	MATERIAS	QUANT
AS 100mg		LOQUE (INJEÇÃO 50ml)	
ADRENALINA		AGUDEÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 100ml		ALADURA DE CRÉPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADAPAO	
DURIDONA 12		FITA DE GLICEM A CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ENTERO (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIA GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		Sonda DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE 4.5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACIATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

| ATENDIMENTO NO LOCAL | | RECUSA

NOME:	RC
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MICHELIE VIEIRA BONDINARG nº 2.978.695, data de expedição 01/02/2002 Órgão SSP-PB

CPF nº 056.924.434-06, 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>RA DE FÁTIMA F. FALVES</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>POURAL</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POURAL - PB 18 AGOSTO 2017Assinatura do Declarante: MICHELIE VIEIRA BONDINA

25/11/2017 11:21 - 000108882 SEGURANÇA LIDER DEPUT

SEGURANÇA LIDER DEPUT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277061

CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado, JOSE ALVES FEITOSA FILHO
qualificação LOCADOR.

e, de outro lado, MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
qualificação LOCATÁRIO

CNPJ (C.P.F.) 19127677400
têm justo e contratado o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do IMÓVEL RESIDENCIAL
sito nesta CIDADE DE JOMBAL RUA M^a FÁTIMA F. FRANÇA NOVA VIDA S^o ANDAR
ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:

1^a - O prazo de locação é de 01 (ANO) meses a partir de 01/07/2016
e a terminar em 01/07/2017

data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Interpelação Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.

§ único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima-Oitava, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento;

2^a - O aluguel mensal é de 350,00 (TREZENTOS E CINQUENTA
REAS COM BASE NO ÍNDICE DO SALÁRIO MÍNIMO), que o locatário se
compromete a pagar pontualmente, até o dia 01 DE CADA MÊS SUBSEQUENTE AO
VENCIDO.

, na residência do locador ou de seu representante;

3^a - O locatário, salvo as obras que importem na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo trazer o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papéis, pintura, telhas, vidraças, marmores, fechos, torneiras, pias, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim, restituí-los quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel;

4^a - Obriga-se mais o locatário a satisfazer a todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;

5^a - O locatário desde já faculta ao locador examinar ou visitar o imóvel locado quando entender conveniente;

6^a - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem proceder ao consentimento por escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido no término do presente contrato;

7^a - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, por ventura, tiver direito;

8^a - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a rescisão deste contrato, salvo procedendo via judicial, que apure estar a construção ameaçando ruína;

9^a - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio dos contratantes;

10^a - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporte o processo executivo, será cobrado em ação competente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos;

11^a - No caso de morte, falência ou insolvência do fiador, o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar substituto idôneo, a juízo do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte;

12^a - Fica estipulado a multa de
na qual incorrerá a parte que infringir qualquer cláusula deste contrato; com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação, independentemente de qualquer formalidade;

13^a - Assina também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o
Sr.

qualificação
CNPJ (C.P.F.)

Cônjuge
cuja responsabilidade, entretanto, perdurará até a entrega, real e efetiva das chaves do imóvel locado;

14^a - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por eventuais modificações feitas no imóvel pelo locatário, não ficam compreendidas na multa da cláusula 12^a, mas serão pagas à parte;

16ª) - Estabelecem as partes contratantes que, para reforma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a cento e vinte dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, impreterivelmente no dia do vencimento deste contrato;

17ª) - O imóvel, objeto de locação, destina-se exclusivamente a não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador;

18ª) - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajustamento que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajustamento do aluguel;

19ª) - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias de condomínio;

20ª) - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, interpelação ou aviso extra - judicial;

21ª) - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do fiador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador;

E por assim terem contratado, assinam o presente, em 02 vias, em presença das testemunhas abaixo:

..... de de

TESTEMUNHAS:

.....
.....

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob
o Nº de ordem do
protocolo A. Nº

Registrado sob o Nº de ordem
do livro Nº de registro
de

Rombar

01 de JULHO

2016

Ketchele Vieira Bandeira

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

RG nº 2978695, data de expedição 01/02/2002 Órgão SSP-PB

CPF nº 056.924.434-06, 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 DE FÁTIMA F. F. MUEI</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>POURAL</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POURAL - PB 18 AGOSTO 2017

Assinatura do Declarante: MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

22/11/2017 11:21 - 0000108882 - SECRETARIA LIDER DPB17

SECRETARIA LIDER DEB17 5 17/10/2017 10:20 - 000000277061

CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado, **LOCADOR**,
qualificação

JOSE ALVES FETOSA FILHO

e, de outro lado,

qualificação **LOCATÁRIO**

MICHELIE VIEIRA BANDAIRA

CNPJ (C.P.F.)

19127677400

CNPJ (C.P.F.)

056.924.434-06 RG.

têm justo e contratado o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber

O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do **IMÓVEL RESIDENCIAL**
sito nesta **CIDADE DE JOMBAL RUA M^{te} FÁTIMA F. FRANÇA NOVA VIDA 3^o ANDAR**
ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:

1^a - O prazo de locação é de **01 ANO** () meses a partir de **01/07/2016**
e a terminar em **01/07/2017**

data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Interpelação Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.

§ Único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima-Quinta, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento.

2^a - O aluguel mensal é de **350,00** **TREZENTOS E CINQUENTA**
REAS COM BASE NO ÍNDICE DOS SALÁRIOS MÍNIMOS, que o locatário se
compromete a pagar pontualmente, até o dia **01 DE CADA MÊS SUBSEQUENTE AO**
VENCIMENTO.

na residência do locador ou de seu representante;

3^a - O locatário, salvo as obras que importem na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo fazer o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papéis, pintura, telhas, vidraças, mármore, lechos, torneiras, portas, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim, restituí-los quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel;

4^a - Obriga-se mais o locatário a satisfazer a todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;

5^a - O locatário desde já faculta ao locador examinar ou visitar o imóvel locado quando entender conveniente;

6^a - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem preceder consentimento por escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido no término do presente contrato;

7^a - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, porventura, tiver direito;

8^a - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a rescisão deste contrato, salvo procedendo via judicial, que apure estar a construção ameaçando ruína;

9^a - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio dos contratantes;

10^a - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporte o processo executivo, será cobrado em ação competente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos;

11^a - No caso de morte, inércia ou insolvência do locador, o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar substituto idôneo, a juízo do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte;

12^a - Fica estipulado a multa de

na qual incorrerá a parte que infringir qualquer cláusula deste contrato; com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação, independentemente de qualquer formalidade;

13^a - Assina também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o

Sr.

qualificação

CNPJ (C.P.F.)

Cônjuge

cujas responsabilidades, perdurará até a entrega, real e efetiva das chaves do imóvel locado;

14^a - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por eventuais modificações feitas no imóvel pelo locatário, não ficam compreendidas na multa da cláusula 12^a, mas serão pagas à parte;

16ª) - Estabelecem as partes contratantes que, para retoma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a vinte e cinco dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, impreterivelmente no dia do vencimento deste contrato;

17ª) - O imóvel, objeto da locação, destina-se exclusivamente a não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador;

18ª) - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajustamento que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajustamento do aluguel;

19ª) - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias de condomínio;

20ª) - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, intimação ou aviso extra-judicial;

21ª) - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do fiador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador;

E por assim terem contratado, assinam o presente, em 02 vias, em presença das testemunhas abaixo.

TESTEMUNHAS:

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob

Registrado sob o Nº de ordem

o Nº de ordem do

do livro Nº de registro

protocolo A, Nº

de

Rombar

01 de JULHO

2016

Ketheliza Vieira Bandeira



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Neves Barleosa
RG nº 188358, data de expedição 20/05/1993 Órgão SSPD, portador
do CPF nº 95197788453, com domicílio na cidade de Carnaubeira, no
Estado de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio nº 9/N, complemento Casa, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Michelle Vieira Bandeira

Veículo: Moto
Ano: 2005
Modelo: Honda / NXR 125 BrosKS
Placa: MVH 0703
Chassi: 9C28D20105 RD11480
Data do Acidente: 18.08.17

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

Maria das Neves Barleosa

25/11/2017 10:20:27
SEGURADORA LIDER (PRAT)

SEGURADORA LIDER (PRAT) 5 17/10/2017 10:20 - 00000277054

Declaração do Proprietário do Veículo

CAPT. OK! NIA
 Claudia Valéria P. P. Lobo
 (Infermeira)
 COREN-PB 102998
 8m 31.08.97



RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome: <u>Micheli Viana Bandeira</u>		N.º Prontuário: <u>58485483</u>	N.º Reg.:	
Idade: <u>31</u>	Sexo: <u>M</u>	CSE:	Clinica: <u>Vascular</u>	Enf: <u>215</u> Leito: <u>02</u>

DATA DA EMISSÃO: <u>24/08/17</u>	DATA DA ALTA: <u>31/08/17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>08 dias</u>
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Trauma + Infecção PE</u>	C.I.D. <u>23/14/2017 1:22 - 0001 (E8890)</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>TVP</u>		
OUTROS DIAGNÓSTICOS:		
PRINCIPAIS EXAMES:		
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:		
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Ciprofloxacino 400mg; Clindamicina 600mg; Clexane 60mg</u>		
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:		
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:		
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)

Paciente vítima de acidente automobilístico (motociclista) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profundo confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento da necrose e anticoagulação plena durante internação. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, com prescrição de anticoagulação por 90 dias.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Repouso relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias.
Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.

RETORNO:

- Ao ambulatório de EGRESSOS em _____ para retirada de pontos.
- Ao ambulatório de _____ em _____

Data:

31/08/2017

Ass. Médico
Residência Cirurgia Geral
RUB. 7778
Ass. Médico/CRM



RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Michelle Vieira Damdeiro

Data:

31/08/17

Prontuário:

59485483

Para marcação de exames, consultas e cirurgias:	<u>Uso oral</u>
- PSF do seu Bairro	① Xarelto 15mg ————— 42cp Tomar 01 cp 12/12h durante 21 dias.
- Secretaria de saúde do seu município	② Xarelto 20mg ————— 69cp Tomar 01 cp 1x ao dia a partir do 22º dia até 90 dias.
# Urgências:	③ Eiprofloxacino 500mg ————— 12cp Tomar 01 cp 12/12h durante 6 dias
- SAMU 192	
- Corpo de Bombeiros 193	

Dr. Francisco *[Assinatura]*
CRM: 93875
CNPJ - 15.126.437/0011-08
CAMPUS - S/N - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 38050-050

Recuperação Simples - 053-2017 - Representação

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero

23/11/2017 11:22 - 000108832 - SECRETARIA LIDER DEPART

SECRETARIA LIDER DEPART 5 17/10/2017 10:20 - 000000277058



 **GOVERNO DA PARAÍBA**
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"
Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Nome: Michael Vitor Buzano

Handwritten notes:
72
Dose 400 - 200
78817

Vertical stamps:
23/11/2017 11:22 - 300103891
SERGIQUEIRA LINES
23/11/2017 10:20 - 000000277053

Signature stamp:
Dr. José Homero de Sousa Neto
CRM PB 20224/95 - 132.850.094-47
Cirurgião Geral

Data: 78817

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

APTA OK! NIR
Claudia Valéria P. P. Lobo
Enfermeira
COREN-PB 102998
Em 31.08.17



RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Micheli Vieira Bandeira	N.º Prontuário:	98485483	N.º Reg.:	
Idade:	31	Sexo:	M	USE:	
		Clinica:	Vascular	Enf.:	215
				Leito:	02

DATA DA EMISSÃO: 24/08/17 DATA DA ALTA: 31/08/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 08 dias

DIAGNÓSTICO INICIAL: Trauma + Infecção PEI

C.I.D. 23.14.2017 11:22 - 000108990

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TVP

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: Ciprofloxacina 400mg; Clindamicina 600mg; Clexon 60mg

DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)

Paciente vítima de acidente automobilístico (motocicleta) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento do necrose, anticoagulação plena durante internação. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, com prescrição de anticoagulação por 90 dias.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Repouso relativo em casa por _____ dias

Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias

Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA. Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.

RETORNO:

- Ao ambulatório de EGRESSOS em _____ para retirada de pontos.

- Ao ambulatório de _____ em _____

Data:

31.08.2017

Dr. Yuri Dantas Martins
Médico
Residência Cirurgia Geral
RUB. 77/8
Ass. Médico/CRM



RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Michêlie Vieira Bandeira

Data:

31/08/17

Prontuário:

58485483

Para marcação de exames, consultas e cirurgias.	Urologia
- PSF do seu bairro	① Xarelto 15mg _____ 42cp Tomar 01 cp 12/12h durante 21 dias.
Secretaria de saúde do seu município	② Xarelto 20mg _____ 69cp Tomar 01 cp 1x ao dia a partir do 22º dia até 90 dias.
Urgências	③ Eiprofloxacino 500mg _____ 12cp Tomar 01 cp 12/12h durante 6 dias
- SAMU 192	
- Corpo de Bombeiros 193	

Dr. Francisco *[Assinatura]*
CRM 3875
CNPJ - 15.126.437/0001-08
CAMPUS - SA - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP. 53050-000

Recetário Simples - 153-2714 - Reprodução

UM MOSAICO SÃO E MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero

25/10/2017 11:22 - 030108892 - SEUSOBRA LIDER DEPT

SEUSOBRA LIDER DEPT 5 17/10/2017 16:20 - 000000277059

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:			
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD		VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:
CARTÕES DE BANCO	2	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$: _____						
CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGGO (MARCA): _____ ANEIS (QUANTIDADE): _____						
BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____						
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____						
SETOH: _____ FUNÇÃO: _____						
ASSINATURA DO RECEBEDOR _____						
CARIMBO DO RECEBEDOR _____						

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AS 100mg		LECO (PINCETAS) 25mg	
ALPENAUNA		ALGODÃO (PACOTE)	
ALFA DESTILADA 10ml		ADADURA DE CREPON 25cm	
AMIODARONA		GAZETE TIPO GAZULOS	
ATROPINA		BOLINHO MACROGOTAS	
CARTROPIL 25mg		ESQUIMO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAZO	
DIPRIONA 1g		FITA DE GUCENIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
ESCOPIOLAMINA (HIDROCLORÍDIO)		GARROTE	
ESCOPIOLAMINA COMPOSTA (BUSCOBAN COMPT)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 200ml)	
FUROSEMIDA		JELCO N°	
GLUCOSE 50%		LAMCOL DESCARTAVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LAVA DE PROCEBIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LAVA ESTÉRIL N°	
IPPATROPIC GOTAS		MASCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP N°	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA N°	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE NINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA			
TERBUHALINA			
OUTROS			

ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	
ASS. NATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

21/02/2017

15.126.431/0001-90

CNPJ - 15.126.431/0001-90

06/08/2017

Ata para o dia 06/08/2017, realizada no Hospital de Urgências de Curitiba, com a presença de todos os membros do Conselho de Administração e do Conselho de Fiscalização, para deliberar sobre a proposta de alteração da estrutura organizacional da instituição, visando a melhoria da gestão e a otimização dos recursos. A proposta foi aprovada por unanimidade.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Nome do Paciente:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Micheli Vênia Bandeira

Data:

31/08/17

Prontuário:

58485483

Para
marcação
de
exames,
consultas
e
cirurgias:

- PSF do
seu bairro

- Secretaria
de Saúde
do seu
município

Urgências:

- SAMU
192

- Centro de
Sombelros
193

Declaração Médica

Paciente vítima de acidente auto-
mobilístico (motocicleta) com trauma
em membro inferior esquerdo que evoluiu
com trombose venosa profunda confir-
mada por ultrassonografia doppler,
o que necessitou internação hospitalar,
debridamento da necrose, e posteriormen-
te, anticoagulação farmacológica, que deve
permanecer por um período de 90
dias. O mesmo necessita de afastamento de suas atividades pelo período de 45 dias.

Assinatura do Médico: **João Pessoa, 31/08/17**

CNPJ - 15.126.431/0001-05

Endereço: Rua da Universidade, 100 - Centro - São Paulo/SP

Assinatura do Médico: **Dr. Daniel Martins**
Médico Geral
CRM-PR 1.178

Receituário Simples - 022-0011 - Redigida

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero



Autenticação de segurança

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.978.695 DATA DE EXPEDIÇÃO 01.02.2002

NOME MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

MARTINHO VIEIRA BANDEIRA

FILIAÇÃO Maria Josefa da Conceição

JOÃO PESSOA-PB 21.12.1985

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Certidão de Nasc.nº 51.789, Fls.160

CC-ORIGEM V.LIV.49-A, 2ª Cart.J.Pessoa-PB

CNPJ

JOÃO PESSOA PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LENNº 7.118 DE 28/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.04

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA

OUT/2002

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

21/12/1985

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

056.924.434-06

CPF

ALFACEL BLO DA FAZENDA

23/11/2017 11:21 -000108884 SEGURADORA LIDER DEPART

SEGURADORA LIDER DEPART 5 17/10/2017 10:20 - 000000277064



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.978.695 DATA DE EXP. 01.02.2002

NOME MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Martinho Vieira Bandeira

FILIAÇÃO Maria Josefa da Conceição

João Pessoa-PB 21.12.1985

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Certidão de Nasc. nº 51.789, Fls. 160

V. LIV. 40-A, 2ª Cart. J. Pessoa-PB

Assinatura do Detentor

LEI Nº 7.118 DE 26/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 04

Assinatura do Titular

Carteira de Identidade

CAIXA

OUT/2002

24/12/1985

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

056.924.434-06

CPF

Ministério da Receita Federal

SEGURADORA LIDER DPURT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277064

23/11/2017 11:21 - 000106884 SEGURADORA LIDER DPURT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507259916
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - Cód. Renavam - 20160000227246
0085614563-7 00/00000000 2016

NOME

MARIA DAS NEVES BARBOSA

CPF / CNPJ
95197788453

PLACA
MNH0705/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JD20105R011480

ESPECIE/RP
PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB. ANO MOD.
2005 2005

CAP./POT./CIL.

2 P/124 /CI

GR. SEÇÃO

PARTIC

COR

AZUL

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTAS

IPVA PAGO EM 27/05/2016

FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS

***** 0 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 27/05/2016

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

0

APARECIDA - REAL

DATA

02/06/2016

36714



14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO
2016

DATA EMISSÃO
02/06/2016

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

95197788453

MNH0705/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

00856145637

HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB.

2005

CHASSI

9C2JD20105R011480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

DATA DE COTAÇÃO

P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO

27/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

14796-1132273-20160602

23/11/2017 11:22 - 000108289 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277063



0007



0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507259916
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COT. RENAVAM - 20160000227246
 1 0085614563-7 00/00000000 2016

NOME

MARIA DAS NEVES BARBOSA

CPF/CNPJ
95197788453PLACA
MNH0705/PBPLACA ANT./UF
NOVO PB 9C2JD20105R011480

ESPÉCIE/RAC

CATEGORIA

PAS/MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/NXR125 BROS KSANO FAB. ANO MOD.
2005 2005CAP/POTE/CIL. CIL. ELÉTR. CIL. INJEÇÃO
2 P/124 /CI PARTIC AZUL

COTA ÚNICA - PREC. COTA ÚNICA - PREC. TAXAS

IPVA PAGO EM 27/05/2016

P
V
A
FRAJA IPVA PARCELAMENTO COTAS
***** 0 *****PREMIO TARIFARIO (R\$) IDP (R\$) PRECATORIO (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/05/2016

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

0

APARECIDA - PB

DATA

36714

02/06/2016
14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodatransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 02/06/2016VIA - CPF/CNPJ PLACA
95197788453 MNH0705/PBRENAVAM MARCA/MODELO
0085614563 HONDA/NXR125 BROS KSANO FAB. ANO MOD. Nº CHASSI
2005 9 9C2JD20105R011480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) COTA ÚNICA (R\$)
***** SEGURO P A G OPAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 27/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

14796-1132273-20160602

23/11/2012 11:22 - 000108889 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277059

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455406/17

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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 da entrega: 23/11/2017

Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF/CNPJ: 056.924.434-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017

Nome: Juliana Antunes Estigarribia

CPF: 079.808.657-23

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Juliana Antunes Estigarribia

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**

Nº Sinistro: **3170640823**
Vítima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Data do Acidente: **18/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170640823**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00859/00860 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 12938735

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18
Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/06/2017
Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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 cancela 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 de entrega: 18/06/2018
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 056.924.434-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2018
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS

Edson Martins



De: Elizabeth Silva
Enviado em: segunda-feira, 8 de outubro de 2018 19:21
Para: Edson Martins
Assunto: Receber 3180326542 - 20159046
Anexos: FICHA DE REGULACAO MEDICA.pdf; ATESTADO.pdf; DECLARACAO MEDICA.pdf; COMPROVANTE DE RESIDENCIA.pdf

Prioridade: Alta

Edson, boa tarde.

Por favor, peço receber o devido documento anexo na aba:

3180326542

-Comp. residência.
-Doc. médica.

Atenciosamente,

Elizabeth Mota da Silva

Gerência Técnica

elizabeth.silva@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4048



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA
BANDEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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: 11/10/2018

Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018

Nome: EDSON DA SILVA MARTINS

CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA
BANDEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06

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: 11/10/2018
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
CPF: 056.924.434-06

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS