

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180534056**

Vítima: **ROBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **18/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180534056**.

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 13597194



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBERTO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13599272



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: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **5/N** Complemento: **—**
Bairro: **Sorilandia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**
E-mail: **Verasdpvat@hotmail.com** Tel. (DDD): **(83) 99919-4307**

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA 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: _____

AGÊNCIA: **0558** CONTA: **65055** **9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/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: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

13 NOV. 2018

(*) 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.

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: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **S/N** Complemento: **—**
Bairro: **Sorilândia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**
E-mail: **Verasdpvat@hotmail.com** Tel.(DDD): **(83)99919-4307**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0558** ☐ CONTA: **65055** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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 obrigatório

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

28 NOV. 2018

(*) 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 584/2018/DPVAT



Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 18.08.2018

HORÁRIO: 18H00 MIN.

Data de noticia do fato a Depol: 19.09.2018

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, ROBERTO DOS SANTOS, ao conduzir uma MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAM 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (reductor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRURGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de setembro de 2018.



☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

13 NOV. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
Nº 584/2018/DPVAT/ADITAMENTO



Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: **12.08.2018** HORÁRIO: **18H00 MIN.**
Data de notícia do fato a Depol: **19.09.2018**
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRACISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE: QUE** no dia e horário acima descritos a vítima, **ROBERTO DOS SANTOS**, ao conduzir uma MOTOCICLETA **HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAL 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS** quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (reductor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; **QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRURGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO;** QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 20 de novembro de 2018.



ASSINADO NO ORIGINAL

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escriva de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

28 NOV. 2018

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: **079.061.634-35** Nome completo da vítima: **Roberto dos Santos**

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

Nome completo: **Roberto dos Santos** CPF: **079.061.634-35**
Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Francisco Paulino da Silva** Número: **5/N** Complemento: **—**
Bairro: **Sorilandia** Cidade: **Sousa** Estado: **PB** CEP: **58805-110**
E-mail: **Verasdpvat@hotmail.com** Tel. (DDD): **(83) 99919-4307**

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA 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: _____

AGÊNCIA: **0558** CONTA: **65055** **9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/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: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

13 NOV. 2018

(*) 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.

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lauro <input type="checkbox"/> Viçópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro VIA PUBLICA				Bairro SORRILINDIA I	Médico Regulador JERFISON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS Destino (Unidade Hospitalar)				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16583 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA														
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA			Hospital de Origem:														
<p>CAUSAS EXTERNAS</p> <p>Acidente de Trânsito</p> <p><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto</p> <p><input type="checkbox"/> Atropelamento por:</p> <p><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro</p> <p><input type="checkbox"/> Capotamento</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>			Responsável:														
<p><input type="checkbox"/> F.A.F.</p> <p><input type="checkbox"/> F.A.B.</p> <p><input type="checkbox"/> Agressão Física</p> <p><input type="checkbox"/> Afogamento</p> <p><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:</p> <p><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento</p> <p><input type="checkbox"/> Choque Elétrico</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>			<p>Hospital de Destino:</p> <p>Responsável:</p>														
			<p>ANTECEDENTES</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AIDS</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alcoolismo</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Renal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AVC</td> <td><input type="checkbox"/> Droga</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Convulsões</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo</td> </tr> </table> <p>Quais?</p>	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Droga	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental																
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal																
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Droga																
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial																
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores																
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios																
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo																

1 - DADOS VITAIS

PA: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

*paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hematoma em olho direito e contusão no rosto. Foi encaminhado a UBS
a UBS realizou protocolo de R1 + R2 + R3 + O2.*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

*Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hematoma periorbital esquerda. Foi encaminhado a UBS
que conduziu o paciente ao HRS*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaringea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não

☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Rosângela D. Silva

COREN: 115246

ENFERMEIRO(A): Ricardo L. Rodrigues de C. Silva

COREN: 705124

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (IR)UBRICAV: _____

Observação: _____

13 NOV. 2018

FRANCISCA ANA DOS SANTOS
RUA FRANCISCO PAULO DA SILVA, 88 - SORRELANDIA
SOUSA / PE CEP: 55005-110 (AQ: 177)
Emissão: 23/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B-220 kWh-5 - Carga Residencial - 100kVA - PE - CEP 55011-420
Roteiro: 12 - 177 - 155 - 3580 SP Medidor: 00035045783

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.086.542/0001-40 Ins. Est. 16.215.123-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 009 N0 254
Cód. para Deb. Automático: 0000445994

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura
Jul / 2018 23/07/2018 22/08/2018
CPF/ CNPJ/ RAN 489.114.342-8
Ins. Est. 5/846686-4

UC (Unidade Consumidora): Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSES foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/08/18	18575	23/07/18	18730	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base Cco: kWh (R\$)	Valor Base Cco: kWh (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,255290	7,66	7,66 27
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,434210	30,39	30,39 27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	95,000 0,881500	83,82	83,82 27
0601	Adic. B Vermelha		7,80	7,80 27
0610	Subsídio		44,72	44,72 27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	10,98	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0604	JURIS DE MORA 08/2018	0,17	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0905	MULTA 08/2018	2,05	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,31	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0908	Devolução Subsídio	-28,93	0,00 0	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 109,80 126,12 34,05 126,12 1,36 6,30

Média últimos meses (kWh) 193

VENCIMENTO
30/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 109,60

Histórico de Consumo (kWh)

175	196	218	238	155	202	221	217	189	189	182	189
Jul/17	Agô/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18

15235440-1 f070.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	12,00		NOMINAL 220
DC TRIMESTRAL	24,00	0,00	CONTRATADA 200
DC ANUAL	3,48		LMITE SUPERIOR 231
FC MENSAL	8,97		
FC TRIMESTRAL	13,95	0,00	
FC ANUAL	2,63		
DMC	1,22		
DMC			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Trs. de Energia PE	17,94	16,37
Consumo de Energia	109,60	100,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Serviço de Distribuição	0,00	0,00
Serviço de Iluminação	0,00	0,00
Serviço de Manutenção	0,00	0,00
Serviço de Segurança	0,00	0,00
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	109,60	100,00

Valor E: 50,00 Ref: 5/2018: R\$ 32,17

ATENÇÃO

Faturas em atraso

13 NOV. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Adenir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634 / 35 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Roberto dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634 / 35 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Fagundes de Lira</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>— 1 —</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Verasdpvata@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9 9919-4307</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 8181-8197</u>

Sousa-PB, 12 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lauro <input type="checkbox"/> Viçópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro VIA PUBLICA				Bairro SORRILINDIA I	Médico Regulador JERFISON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16583 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1 - DADOS VITAIS
 P.A.: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
*paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
 hematoma em olho direito e contusão no rosto. Foi encaminhado a UPA
 a UPA realizou protocolo de R1 + R2 + R3 + R4 + R5 + R6 + R7 + R8 + R9 + R10 + R11 + R12 + R13 + R14 + R15 + R16 + R17 + R18 + R19 + R20 + R21 + R22 + R23 + R24 + R25 + R26 + R27 + R28 + R29 + R30 + R31 + R32 + R33 + R34 + R35 + R36 + R37 + R38 + R39 + R40 + R41 + R42 + R43 + R44 + R45 + R46 + R47 + R48 + R49 + R50 + R51 + R52 + R53 + R54 + R55 + R56 + R57 + R58 + R59 + R60 + R61 + R62 + R63 + R64 + R65 + R66 + R67 + R68 + R69 + R70 + R71 + R72 + R73 + R74 + R75 + R76 + R77 + R78 + R79 + R80 + R81 + R82 + R83 + R84 + R85 + R86 + R87 + R88 + R89 + R90 + R91 + R92 + R93 + R94 + R95 + R96 + R97 + R98 + R99 + R100 + R101 + R102 + R103 + R104 + R105 + R106 + R107 + R108 + R109 + R110 + R111 + R112 + R113 + R114 + R115 + R116 + R117 + R118 + R119 + R120 + R121 + R122 + R123 + R124 + R125 + R126 + R127 + R128 + R129 + R130 + R131 + R132 + R133 + R134 + R135 + R136 + R137 + R138 + R139 + R140 + R141 + R142 + R143 + R144 + R145 + R146 + R147 + R148 + R149 + R150 + R151 + R152 + R153 + R154 + R155 + R156 + R157 + R158 + R159 + R160 + R161 + R162 + R163 + R164 + R165 + R166 + R167 + R168 + R169 + R170 + R171 + R172 + R173 + R174 + R175 + R176 + R177 + R178 + R179 + R180 + R181 + R182 + R183 + R184 + R185 + R186 + R187 + R188 + R189 + R190 + R191 + R192 + R193 + R194 + R195 + R196 + R197 + R198 + R199 + R200 + R201 + R202 + R203 + R204 + R205 + R206 + R207 + R208 + R209 + R210 + R211 + R212 + R213 + R214 + R215 + R216 + R217 + R218 + R219 + R220 + R221 + R222 + R223 + R224 + R225 + R226 + R227 + R228 + R229 + R230 + R231 + R232 + R233 + R234 + R235 + R236 + R237 + R238 + R239 + R240 + R241 + R242 + R243 + R244 + R245 + R246 + R247 + R248 + R249 + R250 + R251 + R252 + R253 + R254 + R255 + R256 + R257 + R258 + R259 + R260 + R261 + R262 + R263 + R264 + R265 + R266 + R267 + R268 + R269 + R270 + R271 + R272 + R273 + R274 + R275 + R276 + R277 + R278 + R279 + R280 + R281 + R282 + R283 + R284 + R285 + R286 + R287 + R288 + R289 + R290 + R291 + R292 + R293 + R294 + R295 + R296 + R297 + R298 + R299 + R300 + R301 + R302 + R303 + R304 + R305 + R306 + R307 + R308 + R309 + R310 + R311 + R312 + R313 + R314 + R315 + R316 + R317 + R318 + R319 + R320 + R321 + R322 + R323 + R324 + R325 + R326 + R327 + R328 + R329 + R330 + R331 + R332 + R333 + R334 + R335 + R336 + R337 + R338 + R339 + R340 + R341 + R342 + R343 + R344 + R345 + R346 + R347 + R348 + R349 + R350 + R351 + R352 + R353 + R354 + R355 + R356 + R357 + R358 + R359 + R360 + R361 + R362 + R363 + R364 + R365 + R366 + R367 + R368 + R369 + R370 + R371 + R372 + R373 + R374 + R375 + R376 + R377 + R378 + R379 + R380 + R381 + R382 + R383 + R384 + R385 + R386 + R387 + R388 + R389 + R390 + R391 + R392 + R393 + R394 + R395 + R396 + R397 + R398 + R399 + R400 + R401 + R402 + R403 + R404 + R405 + R406 + R407 + R408 + R409 + R410 + R411 + R412 + R413 + R414 + R415 + R416 + R417 + R418 + R419 + R420 + R421 + R422 + R423 + R424 + R425 + R426 + R427 + R428 + R429 + R430 + R431 + R432 + R433 + R434 + R435 + R436 + R437 + R438 + R439 + R440 + R441 + R442 + R443 + R444 + R445 + R446 + R447 + R448 + R449 + R450 + R451 + R452 + R453 + R454 + R455 + R456 + R457 + R458 + R459 + R460 + R461 + R462 + R463 + R464 + R465 + R466 + R467 + R468 + R469 + R470 + R471 + R472 + R473 + R474 + R475 + R476 + R477 + R478 + R479 + R480 + R481 + R482 + R483 + R484 + R485 + R486 + R487 + R488 + R489 + R490 + R491 + R492 + R493 + R494 + R495 + R496 + R497 + R498 + R499 + R500 + R501 + R502 + R503 + R504 + R505 + R506 + R507 + R508 + R509 + R510 + R511 + R512 + R513 + R514 + R515 + R516 + R517 + R518 + R519 + R520 + R521 + R522 + R523 + R524 + R525 + R526 + R527 + R528 + R529 + R530 + R531 + R532 + R533 + R534 + R535 + R536 + R537 + R538 + R539 + R540 + R541 + R542 + R543 + R544 + R545 + R546 + R547 + R548 + R549 + R550 + R551 + R552 + R553 + R554 + R555 + R556 + R557 + R558 + R559 + R560 + R561 + R562 + R563 + R564 + R565 + R566 + R567 + R568 + R569 + R570 + R571 + R572 + R573 + R574 + R575 + R576 + R577 + R578 + R579 + R580 + R581 + R582 + R583 + R584 + R585 + R586 + R587 + R588 + R589 + R590 + R591 + R592 + R593 + R594 + R595 + R596 + R597 + R598 + R599 + R600 + R601 + R602 + R603 + R604 + R605 + R606 + R607 + R608 + R609 + R610 + R611 + R612 + R613 + R614 + R615 + R616 + R617 + R618 + R619 + R620 + R621 + R622 + R623 + R624 + R625 + R626 + R627 + R628 + R629 + R630 + R631 + R632 + R633 + R634 + R635 + R636 + R637 + R638 + R639 + R640 + R641 + R642 + R643 + R644 + R645 + R646 + R647 + R648 + R649 + R650 + R651 + R652 + R653 + R654 + R655 + R656 + R657 + R658 + R659 + R660 + R661 + R662 + R663 + R664 + R665 + R666 + R667 + R668 + R669 + R670 + R671 + R672 + R673 + R674 + R675 + R676 + R677 + R678 + R679 + R680 + R681 + R682 + R683 + R684 + R685 + R686 + R687 + R688 + R689 + R690 + R691 + R692 + R693 + R694 + R695 + R696 + R697 + R698 + R699 + R700 + R701 + R702 + R703 + R704 + R705 + R706 + R707 + R708 + R709 + R710 + R711 + R712 + R713 + R714 + R715 + R716 + R717 + R718 + R719 + R720 + R721 + R722 + R723 + R724 + R725 + R726 + R727 + R728 + R729 + R730 + R731 + R732 + R733 + R734 + R735 + R736 + R737 + R738 + R739 + R740 + R741 + R742 + R743 + R744 + R745 + R746 + R747 + R748 + R749 + R750 + R751 + R752 + R753 + R754 + R755 + R756 + R757 + R758 + R759 + R760 + R761 + R762 + R763 + R764 + R765 + R766 + R767 + R768 + R769 + R770 + R771 + R772 + R773 + R774 + R775 + R776 + R777 + R778 + R779 + R780 + R781 + R782 + R783 + R784 + R785 + R786 + R787 + R788 + R789 + R790 + R791 + R792 + R793 + R794 + R795 + R796 + R797 + R798 + R799 + R800 + R801 + R802 + R803 + R804 + R805 + R806 + R807 + R808 + R809 + R810 + R811 + R812 + R813 + R814 + R815 + R816 + R817 + R818 + R819 + R820 + R821 + R822 + R823 + R824 + R825 + R826 + R827 + R828 + R829 + R830 + R831 + R832 + R833 + R834 + R835 + R836 + R837 + R838 + R839 + R840 + R841 + R842 + R843 + R844 + R845 + R846 + R847 + R848 + R849 + R850 + R851 + R852 + R853 + R854 + R855 + R856 + R857 + R858 + R859 + R860 + R861 + R862 + R863 + R864 + R865 + R866 + R867 + R868 + R869 + R870 + R871 + R872 + R873 + R874 + R875 + R876 + R877 + R878 + R879 + R880 + R881 + R882 + R883 + R884 + R885 + R886 + R887 + R888 + R889 + R890 + R891 + R892 + R893 + R894 + R895 + R896 + R897 + R898 + R899 + R900 + R901 + R902 + R903 + R904 + R905 + R906 + R907 + R908 + R909 + R910 + R911 + R912 + R913 + R914 + R915 + R916 + R917 + R918 + R919 + R920 + R921 + R922 + R923 + R924 + R925 + R926 + R927 + R928 + R929 + R930 + R931 + R932 + R933 + R934 + R935 + R936 + R937 + R938 + R939 + R940 + R941 + R942 + R943 + R944 + R945 + R946 + R947 + R948 + R949 + R950 + R951 + R952 + R953 + R954 + R955 + R956 + R957 + R958 + R959 + R960 + R961 + R962 + R963 + R964 + R965 + R966 + R967 + R968 + R969 + R970 + R971 + R972 + R973 + R974 + R975 + R976 + R977 + R978 + R979 + R980 + R981 + R982 + R983 + R984 + R985 + R986 + R987 + R988 + R989 + R990 + R991 + R992 + R993 + R994 + R995 + R996 + R997 + R998 + R999 + R1000 + R1001 + R1002 + R1003 + R1004 + R1005 + R1006 + R1007 + R1008 + R1009 + R1010 + R1011 + R1012 + R1013 + R1014 + R1015 + R1016 + R1017 + R1018 + R1019 + R1020 + R1021 + R1022 + R1023 + R1024 + R1025 + R1026 + R1027 + R1028 + R1029 + R1030 + R1031 + R1032 + R1033 + R1034 + R1035 + R1036 + R1037 + R1038 + R1039 + R1040 + R1041 + R1042 + R1043 + R1044 + R1045 + R1046 + R1047 + R1048 + R1049 + R1050 + R1051 + R1052 + R1053 + R1054 + R1055 + R1056 + R1057 + R1058 + R1059 + R1060 + R1061 + R1062 + R1063 + R1064 + R1065 + R1066 + R1067 + R1068 + R1069 + R1070 + R1071 + R1072 + R1073 + R1074 + R1075 + R1076 + R1077 + R1078 + R1079 + R1080 + R1081 + R1082 + R1083 + R1084 + R1085 + R1086 + R1087 + R1088 + R1089 + R1090 + R1091 + R1092 + R1093 + R1094 + R1095 + R1096 + R1097 + R1098 + R1099 + R1100 + R1101 + R1102 + R1103 + R1104 + R1105 + R1106 + R1107 + R1108 + R1109 + R1110 + R1111 + R1112 + R1113 + R1114 + R1115 + R1116 + R1117 + R1118 + R1119 + R1120 + R1121 + R1122 + R1123 + R1124 + R1125 + R1126 + R1127 + R1128 + R1129 + R1130 + R1131 + R1132 + R1133 + R1134 + R1135 + R1136 + R1137 + R1138 + R1139 + R1140 + R1141 + R1142 + R1143 + R1144 + R1145 + R1146 + R1147 + R1148 + R1149 + R1150 + R1151 + R1152 + R1153 + R1154 + R1155 + R1156 + R1157 + R1158 + R1159 + R1160 + R1161 + R1162 + R1163 + R1164 + R1165 + R1166 + R1167 + R1168 + R1169 + R1170 + R1171 + R1172 + R1173 + R1174 + R1175 + R1176 + R1177 + R1178 + R1179 + R1180 + R1181 + R1182 + R1183 + R1184 + R1185 + R1186 + R1187 + R1188 + R1189 + R1190 + R1191 + R1192 + R1193 + R1194 + R1195 + R1196 + R1197 + R1198 + R1199 + R1200 + R1201 + R1202 + R1203 + R1204 + R1205 + R1206 + R1207 + R1208 + R1209 + R1210 + R1211 + R1212 + R1213 + R1214 + R1215 + R1216 + R1217 + R1218 + R1219 + R1220 + R1221 + R1222 + R1223 + R1224 + R1225 + R1226 + R1227 + R1228 + R1229 + R1230 + R1231 + R1232 + R1233 + R1234 + R1235 + R1236 + R1237 + R1238 + R1239 + R1240 + R1241 + R1242 + R1243 + R1244 + R1245 + R1246 + R1247 + R1248 + R1249 + R1250 + R1251 + R1252 + R1253 + R1254 + R1255 + R1256 + R1257 + R1258 + R1259 + R1260 + R1261 + R1262 + R1263 + R1264 + R1265 + R1266 + R1267 + R1268 + R1269 + R1270 + R1271 + R1272 + R1273 + R1274 + R1275 + R1276 + R1277 + R1278 + R1279 + R1280 + R1281 + R1282 + R1283 + R1284 + R1285 + R1286 + R1287 + R1288 + R1289 + R1290 + R1291 + R1292 + R1293 + R1294 + R1295 + R1296 + R1297 + R1298 + R1299 + R1300 + R1301 + R1302 + R1303 + R1304 + R1305 + R1306 + R1307 + R1308 + R1309 + R1310 + R1311 + R1312 + R1313 + R1314 + R1315 + R1316 + R1317 + R1318 + R1319 + R1320 + R1321 + R1322 + R1323 + R1324 + R1325 + R1326 + R1327 + R1328 + R1329 + R1330 + R1331 + R1332 + R1333 + R1334 + R1335 + R1336 + R1337 + R1338 + R1339 + R1340 + R1341 + R1342 + R1343 + R1344 + R1345 + R1346 + R1347 + R1348 + R1349 + R1350 + R1351 + R1352 + R1353 + R1354 + R1355 + R1356 + R1357 + R1358 + R1359 + R1360 + R1361 + R1362 + R1363 + R1364 + R1365 + R1366 + R1367 + R1368 + R1369 + R1370 + R1371 + R1372 + R1373 + R1374 + R1375 + R1376 + R1377 + R1378 + R1379 + R1380 + R1381 + R1382 + R1383 + R1384 + R1385 + R1386 + R1387 + R1388 + R1389 + R1390 + R1391 + R1392 + R1393 + R1394 + R1395 + R1396 + R1397 + R1398 + R1399 + R1400 + R1401 + R1402 + R1403 + R1404 + R1405 + R1406 + R1407 + R1408 + R1409 + R1410 + R1411 + R1412 + R1413 + R1414 + R1415 + R1416 + R1417 + R1418 + R1419 + R1420 + R1421 + R1422 + R1423 + R1424 + R1425 + R1426 + R1427 + R1428 + R1429 + R1430 + R1431 + R1432 + R1433 + R1434 + R1435 + R1436 + R1437 + R1438 + R1439 + R1440 + R1441 + R1442 + R1443 + R1444 + R1445 + R1446 + R1447 + R1448 + R1449 + R1450 + R1451 + R1452 + R1453 + R1454 + R1455 + R1456 + R1457 + R1458 + R1459 + R1460 + R1461 + R1462 + R1463 + R1464 + R1465 + R1466 + R1467 + R1468 + R1469 + R1470 + R1471 + R1472 + R1473 + R1474 + R1475 + R1476 + R1477 + R1478 + R1479 + R1480 + R1481 + R1482 + R1483 + R1484 + R1485 + R1486 + R1487 + R1488 + R1489 + R1490 + R1491 + R1492 + R1493 + R1494 + R1495 + R1496 + R1497 + R1498 + R1499 + R1500 + R1501 + R1502 + R1503 + R1504 + R1505 + R1506 + R1507 + R1508 + R1509 + R1510 + R1511 + R1512 + R1513 + R1514 + R1515 + R1516 + R1517 + R1518 + R1519 + R1520 + R1521 + R1522 + R1523 + R1524 + R1525 + R1526 + R1527 + R1528 + R1529 + R1530 + R1531 + R1532 + R1533 + R1534 + R1535 + R1536 + R1537 + R1538 + R1539 + R1540 + R1541 + R1542 + R1543 + R1544 + R1545 + R1546 + R1547 + R1548 + R1549 + R1550 + R1551 + R1552 + R1553 + R1554 + R1555 + R1556 + R1557 + R1558 + R1559 + R1560 + R1561 + R1562 + R1563 + R1564 + R1565 + R1566 + R1567 + R1568 + R1569 + R1570 + R1571 + R1572 + R1573 + R1574 + R1575 + R1576 + R1577 + R1578 + R1579 + R1580 + R1581 + R1582 + R1583 + R1584 + R1585 + R1586 + R1587 + R1588 + R1589 + R1590 + R1591 + R1592 + R1593 + R1594 + R1595 + R1596 + R1597 + R1598 + R1599 + R1600 + R1601 + R1602 + R1603 + R1604 + R1605 + R1606 + R1607 + R1608 + R1609 + R1610 + R1611 + R1612 + R1613 + R1614 + R1615 + R1616 + R1617 + R1618 + R1619 + R1620 + R1621 + R1622 + R1623 + R1624 + R1625 + R1626 + R1627 + R1628 + R1629 + R1630 + R1631 + R1632 + R1633 + R1634 + R1635 + R1636 + R1637 + R1638 + R1639 + R1640 + R1641 + R1642 + R1643 + R1644 + R1645 + R1646 + R1647 + R1648 + R1649 + R1650 + R1651 + R1652 + R1653 + R1654 + R1655 + R1656 + R1657 + R1658 + R1659 + R1660 + R1661 + R1662 + R1663 + R1664 + R1665 + R1666 + R1667 + R1668 + R1669 + R1670 + R1671 + R1672 + R1673 + R1674 + R1675 + R1676 + R1677 + R1678 + R1679 + R1680 + R1681 + R1682 + R1683 + R1684 + R1685 + R1686 + R1687 + R1688 + R1689 + R1690 + R1691 + R1692 + R1693 + R1694 + R1695 + R1696 + R1697 + R1698 + R1699 + R1700 + R1701 + R1702 + R1703 + R1704 + R1705 + R1706 + R1707 + R1708 + R1709 + R1710 + R1711 + R1712 + R1713 + R1714 + R1715 + R1716 + R1717 + R1718 + R1719 + R1720 + R1721 + R1722 + R1723 + R1724 + R1725 + R1726 + R1727 + R1728 + R1729 + R1730 + R1731 + R1732 + R1733 + R1734 + R1735 + R1736 + R1737 + R1738 + R1739 + R1740 + R1741 + R1742 + R1743 + R1744 + R1745 + R1746 + R1747 + R1748 + R1749 + R1750 + R1751 + R1752 + R1753 + R1754 + R1755 + R1756 + R1757 + R1758 + R1759 + R1760 + R1761 + R1762 + R1763 + R1764 + R1765 + R1766 + R1767 + R1768 + R1769 + R1770 + R1771 + R1772 + R1773 + R1774 + R1775 + R1776 + R1777 + R1778 + R1779 + R1780 + R1781 + R1782 + R1783 + R1784 + R1785 + R1786 + R1787 + R1788 + R1789 + R1790 + R1791 + R1792 + R1793 + R1794 + R1795 + R1796 + R1797 + R1798 + R1799 + R1800 + R1801 + R1802 + R1803 + R1804 + R1805 + R1806 + R1807 + R1808 + R1809 + R1810 + R1811 + R1812 + R1813 + R1814 + R1815 + R1816 + R1817 + R1818 + R1819 + R1820 + R1821 + R1822 + R1823 + R1824 + R1825 + R1826 + R1827 + R1828 + R1829 + R1830 + R1831 + R1832 + R1833 + R1834 + R1835 + R1836 + R1837 + R1838 + R1839 + R1840 + R1841 + R1842 + R1843 + R1844 + R1845 + R1846 + R1847 + R1848 + R1849 + R1850 + R1851 + R1852 + R1853 + R1854 + R1855 + R1856 + R1857 + R1858 + R1859 + R1860 + R1861 + R1862 + R1863 + R1864 + R1865 + R1866 + R1867 + R1868 + R1869 + R1870 + R1871 + R1872 + R1873 + R1874 + R1875 + R1876 + R1877 + R1878 + R1879 + R1880 + R1881 + R1882 + R1883 + R1884 + R1885 + R1886 + R1887 + R1888 + R1889 + R1890 + R1891 + R1892 + R1893 + R1894 + R1895 + R1896 + R1897 + R1898 + R1899 + R1900 + R1901 + R1902 + R1903 + R1904 + R1905 + R1906 + R1907 + R1908 + R1909 + R1910 + R1911 + R1912 + R1913 + R1914 + R1915 + R1916 + R1917 + R1918 + R1919 + R1920 + R1921 + R1922 + R1923 + R*

2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaringea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não

☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Rosângela D. Silva

COREN: 115246

ENFERMEIRO(A): Rosângela D. Silva

COREN: 705124

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (IRIRICA): _____

Observação: _____

13 NOV. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.392.885 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/08/2017

NOME
ROBERTO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCA ANA DOS SANTOS

NATURALIDADE JARDIM-CE DATA DE NASCIMENTO 01/06/1989

SOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº22963 - LIV.A-70 - FLS.239 - CARTORIO JARDIM-CE

CPF
079.061.634-35

João Pessoa - PB

29/08/83

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-231

 

Roberto dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

13 NOV. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813744190

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0104842889-0 00/00000000 2018

ROBERTO DOS SANTOS

07906163435 0EF8584/PB

NOVO 9 2KD0810FR438549

PAS/MOTOCICLE/NAO ABILIC M/C/O/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

2 E/162 /CI PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/OTAS 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 21/02/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO 0

SUBUA TP LOCAL DATA 28/03/2018

1633 11436

PB Nº 013813744190 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/03/2018

1 07906163435 0EF8584/PB

01048428890 HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 9 9C2KD0810FR438549

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

11436-0909346-20180328

11436-0909346-20180328

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 3.392.885
CPF: 079.061.634-35
Profissão: Recuso
Endereço: Rua Francisco Paulino da Silva, 88
Sorilândia - Sousa/PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto dos Santos

Sousa-PB, 12/11/2018
Local e data

Roberto dos Santos
Assinatura do Outorgante

13 NOV. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412143/18

Número do Sinistro: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 079.061.634-35

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ROBERTO DOS SANTOS : 079.061.634-35

Autorização de pagamento

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: 28/11/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL