
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



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
079.061.634-35 Roberto dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

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

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 65055 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/>
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 autenticada

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 Assinatura do Representante Legal (se houver)
 Assinatura do Procurador (se houver)

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

13 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 N° 445/2012

Nome completo:

Roberto dos Santos

CPF: 079.061.634-35

Profissão:

Recluso

Endereço:

Rua Francisco Paulino da Silva

Número: S/N Complemento: _____

Bairro:

Sorri Landia

Cidade:

Sousa

Estado:

PB

E-mail:

Verasdpvate@hotmail.com

CEP: 58805-110

Tel.(DDD): (83) 99919-4307

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0558

CONTA: 65055

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(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 Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

28 NOV. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 584/2018/DPVAT



Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 18.08.2018 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 FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.

HISTÓRICO 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 (redutor 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 CIRÚRGICA, 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 DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Segundo determinação da portaria n° 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 Arogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

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

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 FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.

HISTÓRICO 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 (redutor 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 CIRÚRGICA, 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 DESTE FATO 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
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã da Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
079.061.634-35 Roberto dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

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

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 65055 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/>
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 autenticado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 Assinatura do Representante Legal (se houver)
 Assinatura do Procurador (se houver)

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

13 NOV. 2018



PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <u>12/08/2018</u>	ID da Ocorrência <u>0048</u>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <u>02</u>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : <u>Hs</u>	Hora de Chegada no Local : <u>Hs</u>
---------------------------	---------------------------------	--	--------------------------	---	---	--

Paciente / Usuário <u>ROBERTO DOS SANTOS</u>	Idade <u>30</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: <u>VIA PÚBLICA</u>	Bairro <u>SORRIVENDIA I</u>	Médico Regulador <u>JEFFERSON</u>	
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 <u>HRS</u>	Dr. Thales Oliveira Médico CRMESP 16.683		
Destino (Unidade Hospitalar)	Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____
► 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: _____		Responsável: _____
		Hospital de Destino: _____
		Responsável: _____
		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"/> Drogas <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 nasal e oral
hemotaxia em olho direito e contusão na face
a USA realizada motora de P1 + P2 + O2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotaxia periorbital extensa, foi chamado a USA
que confirmou a lesão no HRS

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema da glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bomba de infusão | <input type="checkbox"/> DEA | <input type="checkbox"/> KED Adulto | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas | <input type="checkbox"/> KED Infantil | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Tais / Tração |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotáqueal | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Cricotireóstomia | <input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> VMI |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) | <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa | <input type="checkbox"/> VMNI |
| | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Descrição do(s) procedimento(s): _____

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

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Rosane Oliveira*

COREN: *11111111*

ENFERMEIRO(A): *Ricardo Rodrigues da Silva*

COREN: *705129*

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (RÚBRICA): _____

Orientador: _____

FRANCISCA ANA DOS SANTOS
RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88 - SORRILANDIA
SCUSA / PB CEP: 58005-110 (AB: 177)
Emissa: 29/07/2018 Referência Jul / 2018
Classe/Série: RESIDENCIAL / BANCA REDE MONOFÁSICO B-230 KM-25 - Cruz das Rosas - PB - DER-B017-020
Ritmo: 12 - 177 - 185 - 3686 Nf meia: 00028046782

energisa
ENERGISA PARA ESTADO DA PARAIBA DE ENERGIA SA
CNPJ: 08.142.733/0001-40 Ins. Est. 16.215.102-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica 10905 000 004
Cód. para Det. Automatizado: 00000446784

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Jul / 2018 Apresentação 23/07/2018

Data prevista da próxima leitura
22/08/2018

CPF / CNPJ / RANI
489.114.342-8
Ins. Est.

5/846686-4

UC (Unidade consumidora):

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Básica - TSEB foi criada pela LE
nº 10.439, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Data	Leratura	Atual	Data	Leratura	Constante	Consumo	Dias		
21/06/18		18673		23/07/18	19730					
Demonstrativo										
CCO	Descrição	Quantidade (kWh)	Vazão (m³/dia)	Alta tensão (kV)	Baixa tensão (kV)	Preço/kWh (kWh/m³)	Outro(kWh)			
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0.255290	1.58	7.59	27	2.28	56.53	0.78	0.36
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	10.000	0.434210	39.29	30.39	27	6.25	35.38	0.33	1.52
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	55.000	0.681520	38.82	36.82	27	9.87	36.82	0.38	1.76
0801	Adic. E Vermelha			7.85	7.85	27	2.05	7.85	0.58	0.35
0810	Subsídio	44.73	44.72	27	12.97		44.72	0.48	2.21	
0827	CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	10.98	0.00	0	0.00		0.00	0.00	0.00	
0804	JUROS DE MORA 08/2018	0.11	0.05	0	0.05		0.00	0.00	0.00	
0805	MULTA 08/2018	2.05	0.09	0	0.05		0.00	0.00	0.00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0.31	1.00	0	0.01		0.00	0.00	0.00	
0808	Desvalores Subsídios	-29.93	0.50	0	0.00		0.00	0.00	0.00	
CCO Código de Classificação do item										
TOTAL										
109.80	126.12						34.05	126.12	1.38	6.32

TOTAL A PAGAR
R\$ 109,60

media últimos meses (kWh):
193

VENCIMENTO
30/07/2018

Histórico de Consumo (kWh)
175 | 185 | 215 | 238 | 188 | 203 | 221 | 217 | 189 | 189 | 122 | 188
Jul/17 Agosto/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Junho/18

f970.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a.

Indicadores de Qualidade			
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	5/2018-Saara
DE MENSAL	12.95	0.00	NOMINAL
DE TRIMESTRAL	24.00	0.00	220
DE ANUAL	12.95	0.00	220
FC MENSAL	8.97	0.00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	13.95	0.00	LIMITE INFERIOR
FC ANUAL	12.95	0.00	LIMITE SUPERIOR
EMC	12.95		231
SGRI	12.95		

Discriminadas	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. da Empresa PB	12.95	11.71%
serviços de Energia	12.95	11.71%
serviços de Transmissão	12.95	11.71%
serviços de Serviços	12.95	11.71%
serviços Contratados Fornecedores	12.95	11.71%
Outros Serviços	12.95	11.71%
Total	109.60	100.00

Valor da Fatura Ref. 5/2018 f970.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a

ATENÇÃO

Faturas em atraso

13 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de segura, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 INVALIDEZ 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 Lider-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	Número	Complemento
<u>Rua José Fagundes de Lira</u>	<u>511</u>	<u>-</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Gato Preto</u>	<u>PB</u>	<u>58800000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Verasdpv@hotmai.com</u>	<u>(83) 9 9919-4307</u>	<u>(83) 9 8181-8197</u>

Sousa-PB, 12 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <u>12/08/2018</u>	ID da Ocorrência <u>0048</u>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <u>02</u>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : <u>Hs</u>	Hora de Chegada no Local : <u>Hs</u>
---------------------------	---------------------------------	--	--------------------------	---	---	--

Paciente / Usuário <u>ROBERTO DOS SANTOS</u>	Idade <u>30</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: <u>VIA PÚBLICA</u>	Bairro <u>SORRIVENDIA I</u>	Médico Regulador <u>JEFFERSON</u>	
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 <u>HRS</u>	Dr. Thales Oliveira Médico CRMESP 16.683		
Destino (Unidade Hospitalar)	Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____
► 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: _____		Responsável: _____
<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: _____		Hospital de Destino: _____
		Responsável: _____
		ANTECEDENTES <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"/> Drogas <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 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 nasal e oral
hemotaxia em olho direito e contusão na face
a USA realizou monitorização de R+ + P+ + SpO2 + O2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotaxia periorbital esquerda, foi chamado a USA
que condiscutiu a paciente ao HRS

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema da glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bomba de infusão | <input type="checkbox"/> DEA | <input type="checkbox"/> KED Adulto | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas | <input type="checkbox"/> KED Infantil | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Tais / Tração |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotáqueal | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Cricotireostomia | <input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> VMI |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) | <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa | <input type="checkbox"/> VMNI |
| | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Descrição do(s) procedimento(s): _____

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

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Rosane Oliveira*

COREN: *11111111*

ENFERMEIRO(A): *Ricardo Rodrigues da Silva*

COREN: *705129*

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOOME: _____

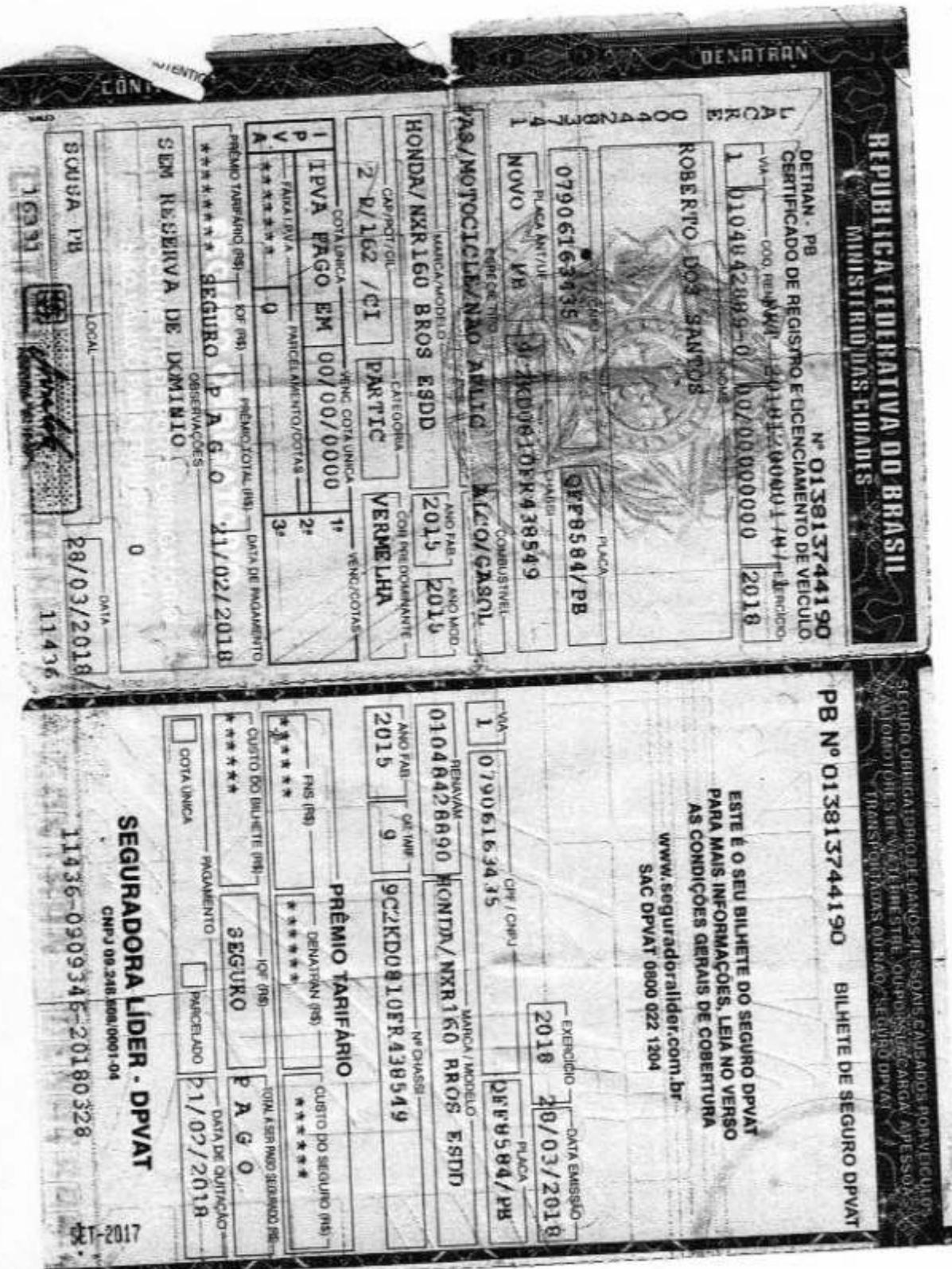
RG / CPF: _____

ASSINATURA (RÚBRICA): _____

Orientador: _____



13 NOV. 2018



13 NOV. 2018

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
Sorribandia - 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 vitima

Roberto dos Santos

Sousa-PB, 12/11/2018

Local e data

Rodrigo oléo 2018

Assinatura do Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412143/18

Número do Sinistro: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 18/08/2018

CPF: 079.061.634-35

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL