

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vitima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180013599**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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 12203926



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vitima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180013599**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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 12204500



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vitima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180013599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12205641



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CASCIANO BARBOSA**
Nº Sinistro: **3180013599**
Vitima: **ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180013599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12205956



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CASCIANO BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180013599**
Vitima: **ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180013599**.

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13066219



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599
Vitima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA
Data do Acidente: 18/05/2017
Cobertura: DAMS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180013599**.

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13066245



Nº DO SINISTRO

Autorização de pagamento

110

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA



Este formulário deve ser preenchido pelo beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU SEVERINO CASCIANO BARBOSA PORTADOR(A) DO RG Nº 2558248 EXPEDIDO POR SSP / PB EM 11/12/2017 E RENDA MENSAL DE R\$ 1514,50 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

CPF 2900050994-72 / CNPJ 0000000000-00000000 PROFISSÃO ---

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 023 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01268-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GUARABRA 01 de Dezembro de 2017 Severino Casciano Barbosa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



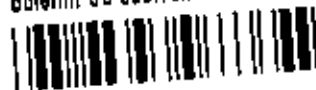
SINCRONIZADO: 05/07/2017 16:47:2017 17:28 254541 1/1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2017
Ocorrência nº. 297/2017

Boletim de ocorrência



Aos CINCO dias de SETEMBRO de DOIS DEZESSETE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 12h:50 min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA, conhecido(a) por ISAIAS, Identidade nº SSP/RJ, CPF, nacionalidade brasileira, estado civil: , profissão: Estudante, filho(a) de Severino Casciano Barbosa e Josefa Maria Clementino Terceira, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 03/02/2005 (12 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carrasco, Zona Rural, ponto de referência: Próximo Colégio Marla Benervino de Aquino, na cidade de Guarabira/PB, fone(s) para contato: 83 999492659

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) Natureza do fato: Acidente de Trânsito;
- 2) data do fato: 18/05/2017;
- 3) Horário do fato: 09:00
- 4) Local do fato: Sítio Carrasco, zona Rural- Guarabira/Pb.

5) Breve resumo do fato:

Afirma a noticiante o Sr. Severino Casciano Barbosa, RG 1558248, CPF 789.050.944-72, natural de Guarabira/Pb, nascido em 30/01/1971, filho de João Cassiano Barbosa e Marina Belarmino Viegas, representante legal do menor, Isaias Clementino Barbosa, que o menor vinha como carona na Moto HONDA/XRE 300, ANO/MODELO 2016/2016 E COR BRANCA, PLACA QFW 8326/PB, CHASSI 9C2ND1110GR007413, em nome do condutor WIBIS ALEXANDRE DA SILVA, QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU. Para o Hospital de Traumas na Capital, conforme prontuário 102093 e CID 10, s72.3, tendo como testemunhas, Jailson Fernandes da Silva, residente no Sítio Carrasco e Luciano Marinho de Souza, Rua Luis Oliveira da Silva, 83, Tambiá, João Pessoa/Pb

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

→ Isaias Clementino Barbosa
ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Comunicante

SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 137.300-5



A70



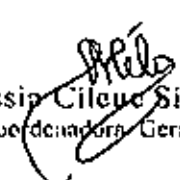
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARABIRA
SECRETARIA DE SAÚDE

Guarabira; 13 de junho de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA, 12 anos, menor de idade, onde o mesmo foi realizado os primeiros socorros pela equipe da USB – 50 do SAMU/GBA onde o mesmo realizaram a TRANSFERENCIA para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de João Pessoa/PB. Paciente foi encontrado no Sítio Carrasco, próximo a Escola Maria Benevides, sendo socorrido através do ID 1700748 autorizado pela médica reguladora Dra. Gimene no dia 18/05/2017, por volta das 09:15hs, onde o mesmo sofreu Biomecânica "QUEDA DE MOTO" apresentando escoriações na face, fratura fechada em MID, edema local + desvio de MID e encurtamento com limitações do movimento MID. Ao chegarmos no local paciente ENCONTRAVA-SE EM POSIÇÃO DORSAL AO SOLO, NÃO FAZIA USO DE EPIs (CAPACETE). Sem sinais de embriaguês. O mesmo foi conduzido pela equipe do SAMU/GBA acompanhado da Enfermeira Gleicyanne Ferreira da Cruz Mornais COREN/PB 145.849 e o Condutor Roniery Agostinho da Silva, onde os profissionais realizaram todos os procedimentos como preconiza o PHTLS, e encaminhado ao referido hospital ora citado anteriormente, onde o mesmo ficou sob os cuidados da Dra. Edinélia Nobrega CRM 3520.

Atenciosamente.


Cássia Cilene Silva de Melo
Coordenadora Geral do SAMU

Cássia Cilene Silva de Melo
Coordenadora Geral
Samu - GBA

Rede Orto

DENTISTAS ESPECIALIZADOS

Nome: _____

Data: ____/____/____

Aparatos Funcionais

☐ Milier Orlino

☐ Milier Ortodontológico

☐ Milier Convulsão

Ortopedia

☐ Distração Palatal

☐ Extra Oral

☐ Tipo de Alívio

Divergências Dentárias

☐ Retração do Arco Superior

☐ Retração do Arco Inferior

Ancoragem

☐ Molar Superior

☐ Molar Inferior

☐ Miniparafuso

Aparatologia

☐ 1º Aparelho

☐ 2º Aparelho

☐ 3º Aparelho

☐ 4º Aparelho

☐ 5º Aparelho

☐ 6º Aparelho

Sequência de Tratamento:

Objetivos do Tratamento

☐ Tratamento

☐ Tempo Aproximado de Tratamento:

Tratamento não poderá ser recebido, todas as informações quanto ao plano e sequência de tratamento estabelecido e não, interferindo sua execução.

Assinatura (paciente ou responsável)

de

de 20



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

Documentação médica - hns
Documentação médica - hospital



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isaias Clementino Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 03/02/05
NOME DA MÃE Josefa maria Clementino Terceira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102093
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1001347
DATA DO ATENDIMENTO 31/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 11:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur D.
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em pé direito, edema acentuado em coxa esquerda, glasgow 15. Avaliado pe traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D, bacia, pé D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D.

TRATAMENTO:

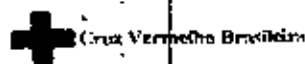
Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 25/05/17
DATA DA EMISSÃO: 15/08/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CRM: 3323/PB
12/27 254524 1/1



ACOLHIMENTO: sn - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1001347



Identificação do paciente					
ID	Nome			Sexo	
1171635	ISAÍAS CLEMENTINO BARBOSA			Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Profissão	
05/02/2005	12 anos 3 meses 12 dias				
Mãe	Pai				
JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA	SEVERINO CASCIANO BARBOSA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
	JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA - MAE				
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo	
83	988880000				
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
		895000077568035			
Local de procedência	Tipo		UF		
GUARABIRA	MUNICÍPIO		PB		
Email	Atividade		CBOR		
	GUARABIRA				
Endereço					
CEP	Município de residência	UF	Logradouro		
58200000	GUARABIRA	PB	CARRASCO		
Número	Complemento	Bairro			
S/N		ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora	Número do pulso	Convênio			
18/05/2017 11:45:33	1000004317998	SUS			
Especialidade	Clínica				
PEQUIRIA					
Classificação de risco	Origem do paciente				
	RESIDÊNCIA				
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente			
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Casa própria	Plano de saúde	Vale de ambulância		Tmoma	
Não	Não	Não		Não	
Meio de transporte	Quem transportou				
CARRO PARTICULAR					
Sinais Vitais					
PA	Pulso		Temperatura		
X					
Exames complementares					
Raio X	Sangue	Urina	TC	Líquor	ECG
Dados clínicos					
Diagnóstico	CID				
Fratura feição fechada -					
Pecus - pe D - bacis (?)					
Atendido por	Tempo				
MAYARA ANA LACERDA	01min 35seg				

Imprimir

5/10/2017 11:45:33

diagnóstico
fratura
feição
fechada
pe D
bacis (?)



1000004317000 SE: 1001247
ESMIR CLAYTONINO BATISTA
DT. NASC.: 05/03/2000
MOM: JOSEFA MARIA CLAYTONINO TERCERA

END.: CARREIRO
N. 514 - ZONA RURAL
BURROZIA
CID.: ()
CELULAR: (31) 80800000
IDR: ()
DT. ENTREGA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		SABE:	DATA:
PROCEDÊNCIA:		☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia	
TIPO DE ACIDENTE:		☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____	
TIPO DE LESÃO:		☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Empurramento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____	
LOCAL DA LESÃO:		☐ Membro sup. ☐ Membro inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____	
DADOS CLÍNICOS (sintomas):		_____	
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		/ /	
EXAME FÍSICO		PA: _____ mmHg	P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____
Sistema Neurológico:		Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose	
Sistema Respiratório:		☐ Ventilação livre ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes ☐ Frequência normal ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Superfície ventral não insuflada ☐ Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		☐ Pulso ausente ☐ Pulso fraco e úmido ☐ Perfusão capilar estável ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tálvica comprometida ☐ Palidez ☐ Outros: _____	
Sistema Digestório:		☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDB ☐ Corpo enrijecido ☐ Dor à palpação profunda Outros: _____ ☐ Rígido e abdo. ☐ Distensão abdominal	
Sistema Genito-urinário:		☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergia ☐ Cirurgias ☐ Hemorroida ☐ Outros: _____ Especificar: _____	
USO DE MEDICAÇÃO?		☐ Sim ☐ Não Especificar: _____	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:		_____	
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		☐ Sim ☐ Não	
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		_____	
DESTINO:		INTERVENÇÃO:	COREM:
			F(NG).ENF.022-1

VERIFICAR EM 12:00 N. 07-07-2001 12:00 254506 121



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBASN, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.:

Paciente ISAÍAS CLEMENTINO BARBOSA	BAE 1001347	Data/Hora Entrada 18/05/2017 11:45:33	Data Baixa
Data de nascimento 06/02/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 898000077568038
Mãe JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA			Telefone de Contato (83) 988880000
Endereço CARRASCO, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município GUARABIRA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO	Nº Cons. Regional 3520/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2017 11:57:49	Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:09:48		

Anamnese

INOR VITIMA DE QUEDA DE DE MOTO HA 3 HS, SEGUNDO O MESMO CAIU SENTADO POR CIMA DA PERNA DIREITA. QUEIXAS DE DORES NO PE D. AO EXAME, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. NEGA TRAUMA EM CABEÇA. MEMRO INF D COM IMOBILIZAÇÃO. OBSERVADO ACENTUADO EDEMA DE COXA. GLASGOW 15.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
2.9	Fratura do fêmur, parte não especificada

Conduta

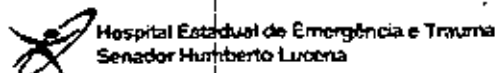
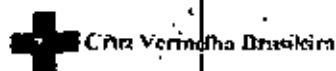
Em observação

Avaliação de Ortopedia

Ednelia M. Nobrega Distefano
CRM-PB 3520
033.003.320

EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO
(3520/PB)

ISAÍAS CLEMENTINO BARBOSA



VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Doente	ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA	BAE	1001347	Data/Hora Entrada	18/05/2017 11:43:33	Data Saída	
Data de nascimento	06/02/2005	Idade	12	Sexo	Masculino	CNS	898000077568038
Mãe	JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA					Telefone de Contato	(83) 988880000
Endereço	CARRASCO, S/N	Bairro	ZONA RURAL	Município	GUARABIRA	UF	PB
Acidente	OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional	10204/PB
Data/Hora Classificação	18/05/2017 11:57:49			Data/Hora Prescrição	18/05/2017 14:24:46		

Anamnese

CIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO A CERCA DE 4 HORAS COM DOR EM COXA O DESDE ENTÃO. NEUROVASCULAR NORMAL.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

INDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 1,0 SERINGA VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 3,0 AMPOLA VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

Tramadol

Matheus Marinho Enomoto
RM-FR/1804

CUIDADOS

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Internar Paciente

MATHEUS MYRINHO ENOMOTO
(19204PB)

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

ORIENTAÇÃO: 08/05/2017 12:28 254529 1/1

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

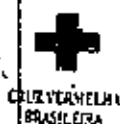
Inaías Clementino Barbosa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/05/14	14	#(Contapédia)
		Paciente em uso de Alças Cutâneas, Alêto de dor leve sem outras queixas. Mamas pré-operatórias OK. Conduta: Saliêto Curupira União de Alças
20/05/14	17	#2 feridas
		BEG, 1 gura d/pe Cid. Agudo de fer. Curupira Mamas
		Dr. André Lopes Soares Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Mão e Microcirurgia CRM 11419
21/05/14	17	#2 feridas
		BEG, 1 gura d/pe Cid. Agudo de fer. Curupira Mamas
		Dr. André Lopes Soares Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Mão e Microcirurgia CRM 11419
22/05/14	14	#(Contapédia)
		Paciente em BEG, com Alêto de dor leve, sem outras queixas. Saliêto Curupira

Dr. Jessyca Emilia F. Rabelo

F(NG).ENF.015.1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE - BE/PRONTUÁRIO - 02-07-2017 12:28:25 254538 1/1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

Nome: Esmeralda BRANCO ✓ BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Original EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX diafragma de fêmur (9)
Cirurgião: Dr. Numa 1º Assistente: Dr. Souza
2º Assistente: Dr. Vitoriano 3º Assistente: Dr. Numa
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cícero
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico	Pós-Operatório	CID
1 FX DIAFRAGMA DE FÊMUR (9)		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
1 DAFI 11 EVAS 1 Propulso 2	
Fêmur 9º Fêmur (9)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

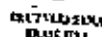
Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico.

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 23, 05, 11



৭

12-12-54

Patient's condition: stable
Passes a ZUPD
PR: 120/70
SFO
TC: 2

Dr. Cleandro Lima de Oliveira Junior
ANESPSICOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOP
CRM/PB 6885

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

[illegible]



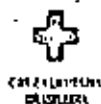
RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1) Posição de decúbito dorsal com membros superiores estendidos	
2) Posição de decúbito dorsal com membros inferiores estendidos	
3) Antissepsia e anestesia	
4) Anestesia dos campos operatórios	
Início:	
1) Incisão vertical de 4cm	
2) Dissecção por planos e hemostase	
Achados:	
1) FX distal de fêmur	
Conclusão:	
1) Redução aberta e fixação com placa de 4,5cm	
2) Sutura e pontos e 6 pontos locais	
3) Limpeza com S.O.D.	
4) Sutura em pontos	
5) Curativo asséptico	
6) Rx controle	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM

João Pessoa, 23, 05, 14.



Receituário Médico



Mrs. Alejandra Molina

Uma substituição

1) Amoxicilina 15 mg/kg
Captar o am^o no substituto, 1x/dia, por 15 dias

Ura. Jéssyka Emilia F. Rabello
CRM 104536

Data: 25/05/14

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

RECEIÇÃO 15/05/2014 14:47:20 12/05/2014 14



Receituário Médico



Travis Clementino Barbosa

Não usar

1) Dipirona 500mg ——— 010caixa
Tomar 01cp de 6/6 horas, se dor

Data: 05/05/2017

Dra. Jéssyka Emilia F. Rabêlo
(Médico)
CRM 100400

Médico - CRM

F(NG).CC.102-1

CESSA 2017 11/05/2017 15:07:00 02-07-2017 10:08:25 4537 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Documentos de Identificação

REGISTRO CIVIL
 ESTADO DA Paraíba
 COMARCA DE Guarabira
 MUNICÍPIO DE Guarabira

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
 GUARABIRA - PARAÍBA
 Sebastiana P. da Costa e Souza
 TITULAR
 Mario Flávin da Costa e Souza
 SUBSTITUTO
 Maria de Fátima P. Da Costa
 ESCRIVENTE

NASCIMENTO Nº: 50.564

CERTIFICO que, As fls. 181, do livro nº A-55, de registro de Nascimento, Foi
 feito o assento de Isaias Clementino Barbosa //
 Nascido 0 aos três de fevereiro de 2005 - -

às 18 horas e 15 minutos, em Maternidade Senhora da Luz
 nesta cidade do sexo masculino

filho de Severino Casciano Barbosa

natural de desta cidade

e da Dona Josefa Maria Clementino Terceira

natural do Araçagi PB

Sendo avós paternos João Cassiano Barbosa

e Dona Marina Belarmino Viegas

e avós maternos João José Clementino

e Dona Maria Vicente de Souza

Foi declarante O pai.-

Observações: XX XX XX
XX X X XX XX
XX XX XX XX

O referido é verdade; dou fé.

Guarabira PB 14 de fevereiro de 2005 - -

Sebastiana P. da Costa e Souza
 REGISTRADORA CIVIL

SERVIDOR 110570001 MS 07-07-2017 12:28 254535 1/1

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 978

SEVERINO CASCIANO BARBOSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.538.248 2ª VIA
NOME SEVERINO CASCIANO BARBOSA
DATA DE EMISSÃO 07 DEZ 2005

TRABALHO JOÃO CASCIANO BARBOSA
MARINA BELARMINA VIEGAS
CITY GUARABEIRA - PB
DATA DE NASCIMENTO 30/01/1971

CPF 978
NASCIMENTO 30/01/1971
CART. DE GUARABEIRA-PB

CÓDIGO DE CONTROLE
48BF.2574.A4FB.BFDC

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:54:10 do dia 22/12/2016 (hora e data de Brasília)
diário verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
798.050.944-72

Nome
SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Nascimento
30/01/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002128/18

Vítima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

CPF: 798.050.944-72

Data do Acidente: 18/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



SEVERINO CASCIANO BARBOSA : 798.050.944-72

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2017

Nome: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

CPF/CNPJ: 798.050.944-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder em
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0491278/17
Vítima: SEVERINO CASCIANO BARBOSA
CPF: 798.050.944-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/05/2017
Titular do CPF: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

III

SEVERINO CASCIANO BARBOSA : 798.050.944-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/12/2017
Nome: SEVERINO CASCIANO BARBOSA
CPF/CNPJ: 798.050.944-72

Data do cadastramento: 21/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

SEVERINO CASCIANO BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ISAIAS CLEMENTE D BARROS ADATA DO ACIDENTE 18.05.17 POSSUI CPF () SIM (X) NÃO

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitadas documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradorabider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de invalidez do IMI - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IMI (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMI
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (fechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IMI) - somente quando solicitado - Cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) SEVERINO CASIANO BARROS AQuem é o portador? () Vítima () Beneficiário (X) Representante Legal - CPF do portador: 79805094473E-mail: severino.casiano@bider.com.br Telefone: 083 99494259Data: 01/11/2017 Assinatura: Severino Casiano

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento: Severino CasianoAtendimento de: Severino CasianoData: 01/11/2017