

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000109914-0

Nr. da Autenticação 21FD516F21B3248E

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 004.405.328



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-730
CNPJ 09.826.596/0001-85 Insc.Est. 16.013.839-1

DADOS DO CLIENTE

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
RUA SAO COSME 09
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/49287-6

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

14/08/2019

CONSUMO

105

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 93,91

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00074.886177 9 79880000009391				
Pagador: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 872.444.204-63				
RUA SAO COSME 09 - JEREMIAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000074886	000049287201908	21/08/2019	R\$ 93,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1949901

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 22/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: LINDOMAR FERREIRA
DA SILVA

CEP: 58400002

Nascimento: 12/07/1972

Endereço: RUA SAO COSME

Sexo: M

Telefone: 987500229

Cidade: Campina Grande

Idade: 047

Bairro: JEREMIAS

Nome da Mãe: LAUDECI FERREIRA DA SILVA

RG:

Nº: 232

Responsável: JOSE ALDO FERREIRA DA SILVA

CPF:

Profissão: FUNCIONARIO DO ISEA

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 707601288659896

Atend: 22/07/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 19:54:22

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortante | 32. Parastesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em: 22/07/19

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Doente vítima de colisão moto-moto há 1 hora, vítima de acidente de trânsito, sem uso de cinto de segurança, vítima de acidente de trânsito. Lesão de cabeça e membros superiores e inferiores profundos. Lesão de dor em ambos os punhos e em coxa D.

Doença: Apêndice de ferimento em punho D e membros superiores em MSE e IID

ALERGIA:

nfe

MEDICAMENTOS:

nfe

PATOLOGIAS:

nfe

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow

15

PA

HGT:

AC 22 - 27. 80% SIK

AC 22 - 27. 80% SIK

abdome: antero 2 palpco profundo em epigastro

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

(x) Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilbol 20mg AD EV	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM 7.983

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Reavaliação cirurgia geral 21:30

Paciente segue estável hemodinamicamente, consciente, orientado. Queixa-se de dor em punho esquerdo, piorando com a inspiração profunda e dor em punho E.

Realizou test que não demonstrou sinais sugestivos de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural. Ao exame: SSO glândulas, depressível e indolor à palpação.

Apresenta alterações em Rx de punho D e punho E.

em Avaliação da ortopedia

Alta da cirurgia geral

Dra. Ana Lívia D. Balduino Siqueira
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 7608

Ortopedia - 21:50h

Paciente com queixa de dor em punho E, com presença de edema e deformidade.

NV preservado.

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ao raio x, fratura de rádio distal

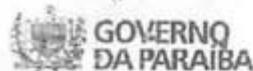
⊖. Rx punho ⊕ evidencia sequela de fratura (paciente relata que foi há 04 anos).

Ed. - Internação hospitalar.

Dra. Ana Maria de Jesus Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/07/2019
 Data: 22/07/2019
 Paciente: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA Idade: 047 N° ATEND: 1949901

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 22/07/2019 HORA : 19:54:49

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL :
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORÁ	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU-CG

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Evangelina F. N. Santos
 Enfermeira
 COREN-PB 310.725

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1949948 Paciente: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA Idade: 047

Nome da Mãe: LAUDECI FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 12/07/1972 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 5 Diagnóstico: *fratura rádio distal (E)*

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	<i>es</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>es</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>es</i>
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 100 ML SF	<i>es</i>
5	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>es</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>es</i>
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>es</i>

Admissão

Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido com dor, edema e deformidade em punho (E). NV preservado.
Ausência de deformidade em punho (D) (Fratura há 04 anos que não foi tratada cirurgicamente).
Nega co-morbidades. Nega alergia medicamentosa.

Id: - Solicito exames laboratoriais.
- Solicito ECG + risco cirúrgico.
- VPM.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7325



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
DATA DO EXAME:	22/072019 (20:17)

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

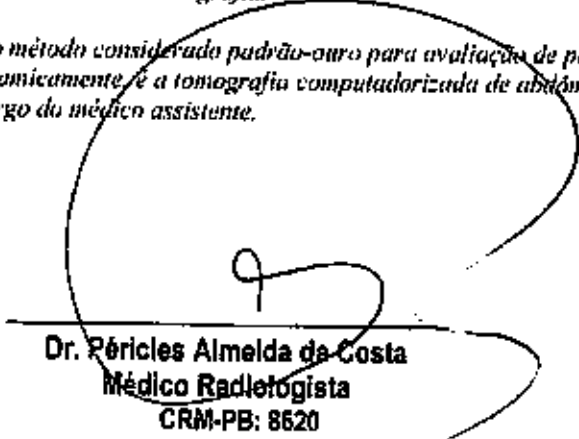
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Péricles Almêida de Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620

Data da Internação: 22/07/2019 Hora: 21:42:23

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2302030	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DISCUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
LINDOMAR FERREIRA DA SILVA				1949948	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
707601288659896		12/07/1972		Masculino ☒ Femenino ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
LAUDECI FERREIRA DA SILVA				83 987500229	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
RUA SÃO COSME, 232, JEREMIAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CEP		15 - UF	
Campina Grande		250400		PB 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de trânsito com dor, edema e dificuldade para andar no membro inferior direito (E).					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Necessidade de cirurgia					
19 - DETECÇÃO DE RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame clínico e radiológico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Fratura rádio distal (E)					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tred esquerdo					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	
Ortopedia		02		980016002867673	
29 - NOME DO PROFISSIONAL, FUNÇÃO E INTERPRETE		30 - DATA DE EMISSÃO		31 - ASSINATURA E CARIMBO (O) DO MÉDICO DO CONSELHO	
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO		22/07/2019			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNP DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
36 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		37 - CNP EMPRESA		38 - CNES DA EMPRESA	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APRENTIZADO () NÃO SEGUADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD, ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNES () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (O) DO MÉDICO DO CONSELHO			
/ /					



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Mo
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Daudeci Ferreira da Silva (Mãe)
pessoa responsável pelo doente Dindomar Ferreira da Silva
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RG: 673516

Em, 23 de 07 de 19

Daudeci Ferreira da Silva
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE

RECEIVED
JAN 10 1964

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

MEMORANDUM FOR THE ATTORNEY GENERAL
SUBJECT: [Illegible text]

DATE: [Illegible text]

1. [Illegible text]

2. [Illegible text]

3. [Illegible text]

4. [Illegible text]

5. [Illegible text]

6. [Illegible text]

7. [Illegible text]

8. [Illegible text]

9. [Illegible text]

10. [Illegible text]



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA IDADE: 47a SEXO: MIMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 23/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispnéia de esforço	() Grande Média	() Pequena Ortopnéia
() Palpitações	() Tosse Seca	() Expectoração
() Dor Precordial	() Típica	() Atípica
Relacionada: () Esforço	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus	() Insuf. Cardíaca Congestiva	() Insuficiência Coronariana
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>Aspirina</u>	() Tabagismo
() Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Cirúrgico <u>Nea</u>
	() Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom (x) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: POC - LUL ET CRT 3/5FC: 76 b.p.m PA: 120/70 mmHgAp. Respiratório - Comentários: MV (+) SRAAbdômen - Comentários: SrcoMembros Inferiores - Comentários: Srco

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs: _____

PACIENTE LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

DATA DO EXAME: 22.07.2019

RADIOGRAFIA DE PUNHOS

- Fratura de radio distal, com desalinhamento ósseo.

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

8

RADIOGRAFIA DE COXA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Anderson Ventura
CRM/PB: 17282

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



do paciente ou responsável (quando necessário)

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/06/2019

Paciente: ALEXSANDRO MENDES ROSENDO Idade: 037 N° ATEND: 1915024

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 06/06/2019 HORA : 20:24:46

ESPECIALIDADE : ORTOPIEDIA

MOTIVO : QUESA

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : OUTROS

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPICASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN

Eveline De Fátima Costa Neves Barbosa

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DESTINO DO PACIENTE: ____/____/____ às ____:____h.

☐ Centro cirúrgico☐ Alta hospitalar / ☐ Alta médica☐ Internação (setor) _____☐ Decisão Médica☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____☐ Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

ID# DE

Dr. Friedrich Schlegel

42479

3070

DATE _____
COWLEY

NAME Conway SEX M DATE 1/1/19

575

505

NUMERO DA CARTERA

GUIA DE INTERNAÇÃO

CE 1004

DATA DE NASCIMENTO

Diagnostic Pre-Operators:

Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1.2.2.3 Anestesiatores)

2. Equipe Científica (Condição 1/2/3): Analistas

type Anesthesiology

(e) oprzeć przeczyć

Copyright

fratton de affluente - the canyon

fratton de affluente - the canyon

← 0104-0000

NY 104	11/1/72
NY 105	11/1/72

1	2
3	4

10/12/2001	10/12/2001
------------	------------

[illegible]

002	002
-----	-----

0.0000

5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Q14	A
Q15	B

7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1951

	024		
--	-----	--	--

20

Δ	$\times$	2.8
		0.2

32

OK		
----	--	--

⑧

10	11	12
----	----	----

2NO2	0
------	---

5	11
27	11

11	100
----	-----

INQUIRY

[illegible]

09/26/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.611 -2 VIA 22/01/2013

NOME LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO GOMES DA SILVA

LAUDECI FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 12/07/1972

DOQ ORIGEM CASAM N. 037980 FLS. 024 LIV. P-72B

CP CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

872.444.204-63

ASSINATURA DO DETENTOR DO REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACÃO

V-02

F-231





Lindomar Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFH0719

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018
 Proprietário: *****
 Placa: QFH0719
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG150 START
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: VERMELHA
 Vencimento Licenciamento: 29/11/2019
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 05/11/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COO. RENAVAM	PLS	EXERCÍCIO
		2018	
NOME / ENDEREÇO			

ESP/COG		PLACA	
		QFH0719	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 START		2015	2015
CAP/POT/CE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
	29/11/2019	1º	
PARCELAMENTO	PARCELAMENTO/COTAS	2º	
		3º	
PRÊMIO LÍQUIDO		PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		05/11/2019	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624438 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624438 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388942/19

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

CPF: 872.444.204-63

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA : 872.444.204-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
CPF: 872.444.204-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624438

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624438

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000109914-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 0388942139	CPF da vítima: 872.444.204-63	Nome completo da vítima: Lindomar Fereira da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Lindomar Fereira da Silva		CPF: 872.444.204-63
Profissão: Relevo	Endereço: Rua São Carmo	Número: 09 Complemento:
Bairro: Geneiras	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58100-00	Tel.(DDD): (83) 9878-8728

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 109914	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Local e Data, **Campina Grande, 06/11/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,

CERTIDÃO



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1163/2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 31 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 09:10 horas, compareceu o Sr. **Lindomar Ferreira da Silva**, portador da cédula de identidade nº 1 651.611 Seds/PB, CPF nº 872.444.204 – 63, brasileira, natural de Campina Grande/PB, casado, com 47 anos de idade, filho de Severino Gomes da Silva e de Laudeci Ferreira da Silva, Contratado pela Prefeitura, residente à rua São Cosme nº 09, bairro Geremias, Campina Grande/PB, o qual notificou que, No início da noite do dia 22 de julho do ano fluente, por volta das 18:45 horas, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 150 Start, cor vermelha, placa QFH 0719/PB e chassi nº 9C2KC1670FR538103, cadastrada em nome de Vanilson Pereira de Farias, sentido seu trabalho pela avenida Eptácio Pessoa, centro da cidade de Campina Grande/PB, quando foi surpreendido por um veículo de placas e Condutor não identificado, freando bruscamente em sua frente, impedindo dessa forma, desviá-lo no momento oportuno, vindo a colidir na traseira deste, consequentemente, perdeu os sentidos só vindo acordar no Hospital de Emergência e Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi submetido aos procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 31 de outubro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Lindomar Ferreira da Silva

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: 0388942139	CPF da vítima: 872.444.204-63	Nome completo da vítima: Lindomar Fereira da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Lindomar Fereira da Silva		CPF: 872.444.204-63
Profissão: Peão	Endereço: Rua São Carmo	Número: 09 Complemento:
Bairro: Geneiras	Cidade: Campina Grande	Estado: PB CEP: 58100-00
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 9878-8728	

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 109914	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Local e Data, **Campina Grande, 06/11/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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