



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do 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, JOÃO PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 354.810EXPEDIDO POR SSP/PBEM 18/12/1915 ECPF 029956348-09 / CNPJ _____, PROFISSÃO APOSENTADOE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO PEREIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 LÍQUIDOS E PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- 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 da conta com 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 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5778 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0601363-5

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

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

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.

FERNANDEZ/PB, 10 de MAIO

de 2014

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

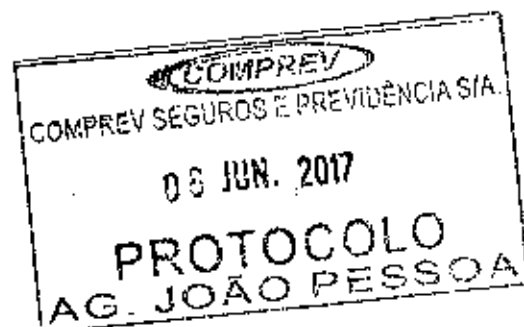
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CONTRAPONTE DO BANCO BRASILEIRO S.A.
(PARTE) CONTRA O BANCO BRASILEIRO S.A.
JANA DELOU LOPES BRASILEIRO
TERMINO DO CONTRATO DATA 28/04/2017
DATA: 28/04/2017 HORA DO DIA: 16:10:05

*** ENTREGUE DE CONTRA CONTRATO ***

JANA DELOU LOPES BRASILEIRO
AGENCIA 5778 CIA 0001262 E 20-ABR-2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 274 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 24 / ABRIL / 2017. . HORAS - 12h40min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

JOÃO PEREIRA, brasileiro, natural de Aguiar/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 14/06/1945, filho de Antonio Pereira de Lacerda e Joana de Araújo Fonseca, RG 357.810/SSP/PB e CPF Nº. 029.956.348-09, residente no Sítio Pau Amarelo s/n área rural de Igaracy/PB.

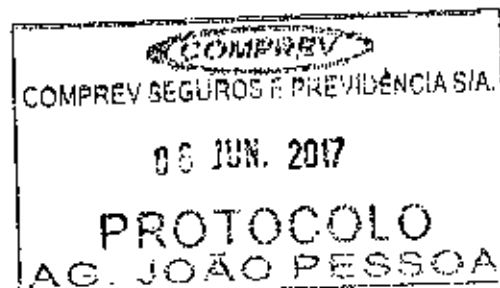
DOCUMENTO 1 *T196*



HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu da sua residência, sentido a cidade de Igaracy/PB, pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 FANESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OFG4536/PB E CHASSI 9C2KC1670CR599386, licenciada em nome de notificante e em um setor da citada Rodovia (que liga o referido Sítio à Igaracy/PB), deparou-se com vários animais na estrada e ao tentar desviar dos mesmo, perdeu o controle e caiu no acostamento, sendo socorrido pelo SAMU.



Itaporanga (PB), 05 / Maio / 2017.

João Pereira
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Pco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 602653
CHEFE DE CARTÓRIO



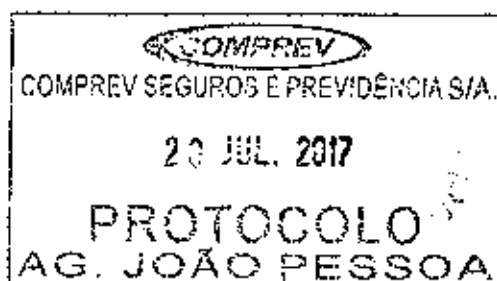
Aditamento ao Boletim de Ocorrência nº.274/2017.

Vitima: JOÃO PEREIRA.

Certifico para os devidos fins, que no ato da lavratura do citado Boletim de Ocorrência, escrevi como data do acidente 24/ABRIL/2017, porém a data correta é 22/ABRIL/ 2017. Dou fé.

Itaporanga/PB, 07 de Julho de 2017.

Fls. 001/24.1147.89255-6
CAPITULO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOÃO PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 354.810 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.956.348-09 residente e domiciliado na SÍTIO AMARELO, S/N, ÁREA RURAL Cidade IGARACY Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DOCUMENTO 3 "T3%"



x João Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA/PB, 04 DE MAIO DE 2017

Local e data



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

14:00h

DATA 22/04/17	OCORRÊNCIA Nº 012	PACIENTE / USUÁRIO João Pereira	IDADE 64	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Sítio Varzea do Saco		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dra. Key	
APOIO NO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITTRANS ☐ OUTRO				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CAEDIACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco RESPONSÁVEL: Dr. João Paulo FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Por uma região de MT (1) após queda de bicicleta (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / FAS ☐ >30mmHg ☐ <30mmHg
PA 90 x 60 mmHg FC 73 bpm FC 26 bpm TEMP: °C GLUCEMIA: COMPREV 97/1
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAAs ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padão Respiratório Ineficaz ☐ Perda Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Intenção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Remoção do local com imobilização do MTD, foi realizado S.S.VX realizado A.V.P + S.F.O.G + Tilatil + AD - EV e conduzido ao H.R. Franco

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, querendo se deitar na região da Torção (1), foi imobilizado e conduzido ao H.R. Franco, foi realizado RX com fratura de fêmur e realizado o amplexo para H.R. Franco.

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	01	FITA DE GLICÊMIA CAPILAR	01
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% 500ML	—	ATADURA DE CREPON 15cm	04
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	—	GAZE ESTERIL (PACOTE)	—
GLICOSE 50%	—	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	—
ÁGUA DESTILADA 10ml	02	JELCO N° 20	01
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	—	SCALPE N°	01
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	—	EQUIPO MAGROGOTAS	01
PARACETAMOL GOTAS	—	SÉRINGA N° 20	01
DICLOFENACO 75mg	—	MÁSCARA DESCARTAVEL	03
FUROSEMIDA	—	LUVAS	03
CAPTOPRIL 25mg	—	CATETER TIPO OCULOS	—
AAS 100mg	—	OUTROS	—
ISORDIL 5mg	—		
METOCLOPRAMIDA	—		
HIDROCORTISONA 100mg	—		
HIDROCORTISONA 500mg	—		
DEXAMETASOANA	—		
DIPIRONA	—		
PLASIL	—		
OUTROS TILATIL 40mg	02		

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO _____ CRN _____ MAT _____

ENFERMEIRO(A) Dionisio Vasus COREN: 251.226 MAT. _____

AUX. TEC. DE ENFERMAGEM William 23 COREN: 809.693 MAT. _____

CONDUTOR Guillermo Rodriguez MAT. _____

SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY-PB
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU-192
REGIONAL DE PIANCÓSAMU
192RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER -
HOSPITALAR/INTERMUNICIPALOcorrência Nº: 032Data: 22/06/2017Hora: 14:30Nome da vítima: João Pessoa

Idade: _____

Evento:

☒ Traumática () clínico () Pediátrico () Gino-Obstétrico () Psiquiátrico () CirúrgicoSolicitante: Dr. Alan DreyerDestino: HRP (Pato)

Contato: _____

Circunstância da transferência:

Identifique quais as incidências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Serviço especializado

Procedimentos realizados no hospital:

RX

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

08 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Avaliação e conduta do ontopedista

Dr. Alan Dreyer F. Lucena

Médico

CRM/PB-10578

Médico: _____

CRM: _____

Enfermeiro: _____

COREN: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

14:00h

DATA 22/04/17	OCORRÊNCIA Nº 012	PACIENTE / USUÁRIO João Pereira	IDADE 69	SEXO ☒ MAS. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Sítio Varzea de São		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dra. Key	
APOIO NO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SCOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CAEDÍGA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco *Transfido para H.R. Pires* RESPONSÁVEL: *Dr. V. 3847* FUNÇÃO: *MÉDICO*

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Em uma região de MTI após queda de um telhado (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
PA: 90 x 60 mmHg FC: 73 bpm PC: 26 bpm TEMP: °C GLICEMIA: 96 mg/dl SpO2: 97%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

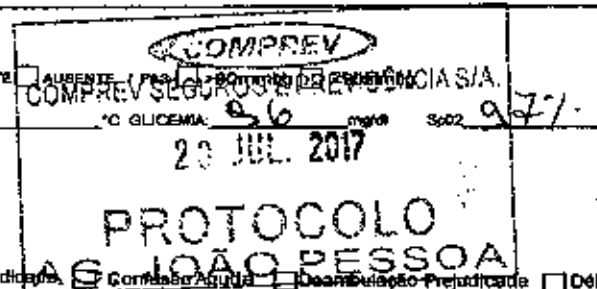
☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desorientação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Intenção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Remoção do local sem indolência da MTI, foi realizada SSVV, realizada R.V.P + S.F.C.B + T.ital + R.D - EV e conduzido ao H.R. Pires.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, querendo ir de casa para região de Parnayla, foi realizado a condução ao H.R. Pires, foi realizado RX sem fratura de fêmur e realizado a transferência para H.R. Pires.



CONDUTOR Dr. Roberto L. de Aguiar MAT. _____
 AUX. TEC. DE ENFERMAGEM Dr. Roberto L. de Aguiar MAT. _____
 ENFERMEIRO(A) Dionata Vasquez COREN: 25122 MAT. _____
 MÉDICO _____ CRN _____ MAT. _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE _____
 ASSINATURA: _____
 NOME: _____ RG: _____

RECUSA ☐
 ENCAMINHAMENTO ☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ☐
 POSIÇÃO DE TRANSPORTE ☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVADO DE CABECEIRA (CABEÇA)

PROCEDIMENTOS ☐ DESOBSTRUÇÃO VAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda Vesical ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐ TALASOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO
 EXAME NEUROLÓGICO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	01	PLA DE GLICEMIA CAPILAR	01
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% 500ML	01	ATADURA DE CREPON 15cm	04
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	01	GAZE ESTERIL (PACOTE)	01
GLICOSE 50%	01	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	01
ÁGUA DESTILADA 10ml	01	JELCO Nº 20	01
ESCOPIAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	01	SCALPE Nº	01
ESCOPIAMINA (HIOSCINA)	01	EQUIPO MAGROGOTAS	01
PARACETAMOL GOTAS	01	SERINGA Nº 20	01
DICLOFENACO 75mg	01	MÁSCARA DESCARTAVEL	01
FUROSEMIDA	01	LUVAS	03
CAPTOPRIL 25mg	01	CATETER TIPO OCULOS	03
ASAS 100mg	01	OUTROS	01
ISORDIL 5mg	01		
METOCLOPRAMIDA	01		
HIDROCORTISONA 100mg	01		
HIDROCORTISONA 500mg	01		
DEXAMETASOANA	01		
DIPIRONA	01		
PLASIL	01		
OUTROS TOTAL 40mg	01		



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO PEREIRARG nº 354.810, data de expedição 18/12/1945 Órgão SIP/RB

CPF nº 029.956.348-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Amarelo</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.445-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 99 6978811</u>
E-mail	<u>SEPTAO.ASSESSORIA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAIBA/PB, 04 DE MAIO DE 2017Assinatura do Declarante: JOÃO PEREIRA

JOAO PEREIRA
SIT PAU AMARELO, S/N - AREA RURAL
MARACUÍ / PB CEP: 58775000 (AG 144)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MODERADA B-230, Renda: 230,00
Rótulo: 1 - 148 - 287 - 2750 Referência: Abr / 2017
Fornecedor: 0000385741 Emissão: 03/04/2017



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.035.183/0001-40 Ins. Est. 15.315.825-0
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica Nº020.021.368
Código para Dúvidas Automáticas: 0001292241

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/136324-1

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação

03/04/2017

Data prevista da próxima leitura

04/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

2995634805

Ins. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
03/04/17	5070	04/04/17	5151	1
				81
				20

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	30	0,14058	4,29
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	51	0,25128	12,81
Adc. B. Anistia			0,72
Adc. B. Verificação			0,14
Subsídio			10,83
ICMS			13,24
PIB			0,48
COFINS			2,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsídio			-18,83

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	101
Fev/17	01
Jan/17	01
Dez/16	101
Nov/16	01
Out/16	01
Set/16	01
Ago/16	01
Jul/16	74
Jun/16	72
Mai/16	71
Abr/16	56

Média dos últimos meses: 84

VENCIMENTO

01/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,02

RESERVADO AO VISCO

e207.3821.fc7a.63ed.88b6.3f28.fe70.5d5b.

Indicadores de Qualidade

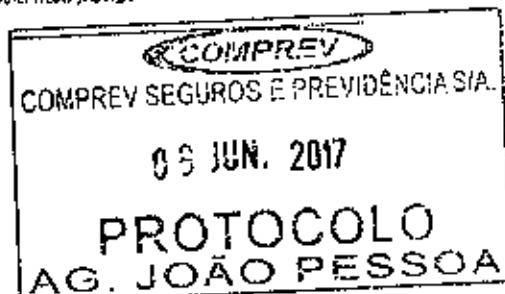
1/2017 - Plano

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DMC MENSAL	12,93	0,00
DMC TRIMESTRAL	24,71	0,00
DMC ANUAL	48,42	0,00
PIC MENSAL	8,12	0,00
PIC TRIMESTRAL	16,24	0,00
PIC ANUAL	32,49	0,00
DMC	6,73	0,00
DMC	18,63	0,00

Composição do valor total a pagar e a receber

Descrição	Valor (R\$)	%
Encargos de Dist. da Energisa PB	8,43	18,80
Custos de Energia	8,87	25,49
Serviço de Transmissão	0,44	1,29
Encargos Setoriais	2,22	7,41
Impostos Diretos e Encargos	15,08	49,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,02	100,00

Valor do EURO (Ref 1/2017) R\$ 11,34



DOCUMENTO 1 "T196"



ENERGISA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 58 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP 58180000 (AQ: 154)

Class/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Criação Rêndia - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
Potência: 7 - 154 - 25 - 2780 Referência: Mar / 2017 CNPJ OS 095 180 / 0001-40 Ins. Est 18.015 823.0
Nº medidor: 0008205001 Emissão: 14/03/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 479 943
Código para Dúvida Atendimento: 00000271434

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4**

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF / CNPJ / RANI

3934108408

Insc. Est

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Contorno	Dieta
Data	Letura	Data	Letura	
09/02/17	8292	14/03/17	8308	

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	74	0,44028	32,57
Adic. B. Amarela			0,54
ICMS			12,21
PPS			0,83
COFINS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			1,26

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

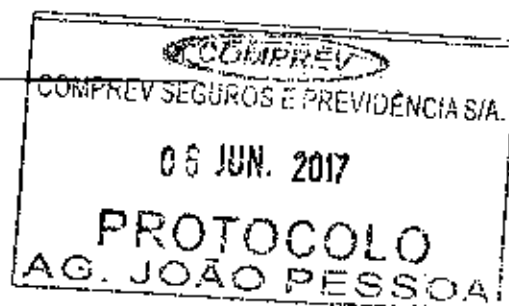
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edison Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5652161, expedido por SSP/PE, em 30/04/2016, CPF/CNPJ nº 039.274.064-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Pereira, do sinistro de DPVAT da natureza incendio da vítima João Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: resumido Renda Mensal: R\$ resumido

Documentos comprobatórios: não possui

Edison Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



[illegible]



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Dr. Pessôa

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Depto. de Clínica

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESSEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO EXAME

Tram. em q. cr.

16/06/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Dr. Pessôa

*Tram. de feces
Parece de febre
em: febre
M. Br.*

[Signature]



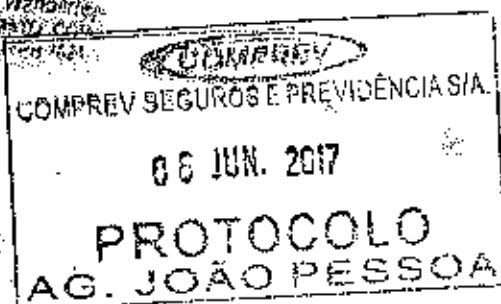
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>pe. Perceira</u>	
DA CLÍNICA <u>Yena</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>fratura ?</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u>[Assinatura]</u>
PARECER: <u>Vítima de acidente de moto em</u> <u>trauma em pé (P) e mão (M)</u> <u>Apresenta fratura de 4º metacarpo</u> <u>e fratura distal de 1º quodactilo</u> <u>estáveis</u> <u>a sala de sutura</u>	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <u>[Assinatura]</u>

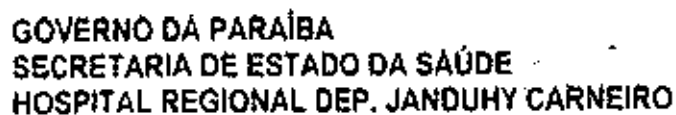


15 JUL 1964



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>pe. Perceira</u>	
DA CLÍNICA <u>geral</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>pré-operatório</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>fratura 7</u>	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO ENFERMEIAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO:
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u>[Assinatura]</u>
PARECER: <u>4.7.0</u> <u>Vítima de acidente de moto leve</u> <u>Trauma em pé (D) e mão (D)</u> <u>Apresenta fratura de 4º metacarpo</u> <u>e falange distal de 1º quíquadrão</u> <u>esquerda</u> <u>- a sala de sutura</u>	
DATA: <u> </u>	 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 20 JUL. 2017 PROTOCOLADO G. JOÃO LESSA



NOME: João Pereira
DA CLÍNICA: C. J. J. J.
A CLÍNICA: Depto ENFERMARIA:
LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

Team work

16104117

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Trame de fce
Mars de pte
en: Jume
N. B.

[Handwritten signature]

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

23 JUL 2017

PROTOCOLLO
DO PESSOAL

13.415

ASSINADO RA DO MÉDICO O ESPECIALISTA

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA

REGISTRO GERAL 357.810

JOÃO PEREIRA

Antônio Pereira de Iacarta
Joana de Araújo Fonseca

Assinatura: 14/06/1945
18/12/1975

DIRETOR

(VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CFC

NASCIMENTO 14.06.45 INSCRIÇÃO NO CPF 029 956 348 09

CONTRIBUINTE JOÃO PEREIRA

Assinatura: SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

DOCUMENTO 5 "T576"



CEDULA DE IDENTIDADE

JOÃO PEREIRA

Assinatura do Portador

(VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura do Contribuinte: João Pereira

COMPREV

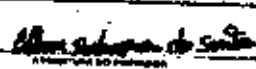
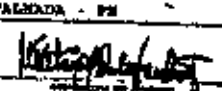
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 JUN. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 3 'T3%'



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS	
	DOC. ENTREGUE / OUT. EMBOCADOR 5652161 SEP DE
	CPF 039.247.084-09
	DATA NASCIMENTO 13/04/1974
	PLACAO AUXILSON DOS SANTOS
COGNE RODRIGUES DA SILVA	
PERMISSÃO []	ACC []
INT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 04119219971	VALIDADE 21/05/2017
TIT. SUBSTITUIÇÃO 14/08/2007	
OBSERVAÇÕES sem observações	
 Assinatura do Titular	
LOCAL CEREA FALHADA - PE	DATA EMISSÃO 18/01/2013
 Assinatura do Titular	
54716445137 72031655616	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
678638355

PROFISSIONAL ELABORADOR
678638355

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507318289
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
00486397262-2-00/00000000

JOAO PEREIRA

02995634809

ORG4536/PB

NOVO ADVANT / UPB 9C2K01670CR599386

PAS/MOTOCICLETA NAU APPLIC

ALDOO/CONSOL

HONDA/CG 150/PALESTRA

012507318289

Y. PYLTA / CL PARTAG, VERMELHA

IPVA/ISENTO 006000000

15/06/2016

PARCELAMENTO/OUTAS

25/06/2016

SEGURO - P.A.G. 0 - 10/06/2016

REST. BEN. TRIBUTARIO

NOTA FISCAL DE AUTOMOTOR

IGARAC 408

10/06/2016

40053

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSA
TRANSPORTADAS QUINAO SEGURO DPVAT

PB Nº 012507318289 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016/10/06/2016

JOAO PEREIRA

CPF / CNP

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

02995634809

ORG4536/PB

00486397262

HONDA/CG 150/PALESTRA

PREMIO TARIFARIO

2012/06/09

9C2K01670CR599386 DO SEGURO (RS)

SEGURO

SEGURO

P.A.G. 0

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITACAO

SEGUROADORA LIDER DPVAT

40053-0941433-40160610

DOCUMENTO 6 *T6%



COMPREV

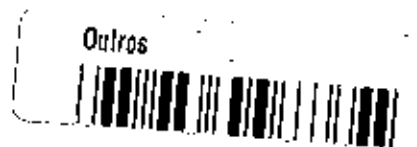
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

06 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Itaporanga, 11 de Julho de 2017.



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: João Pereira

SINISTRO: 317032 2503

Prezados Senhores:

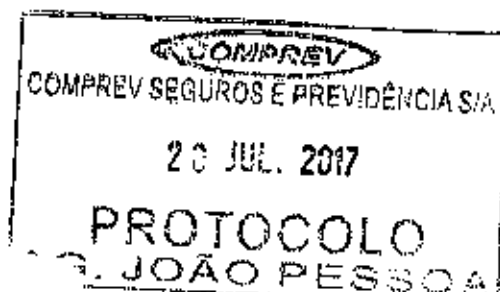
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Regina de Jesus Carneiro número de Prontuário 2605423, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Michon Rodrigues dos Santos
PROCURADOR

**PROCURAÇÃO PARTICULAR:****OUTORGANTE:**Nome: JOÃO PEREIRANacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: CASADOProfissão: APRESENTADOIdentidade: 357.810 /CPF: 029.956.348-09Endereço: SÍTIO PAU AMARELO, S/N, ÁREA RURAL, RURAL, ITAPORANGA/PB**OUTORGADO:**Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOSNacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: CASADOProfissão: AUTÔNOMOIdentidade: 5.652.161 /CPF: 039.247.064-09Endereço: R. MANOEL PEREIRA CAIPIRA, Nº 58, CENTRO, ITAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: JOÃO PEREIRALocal e data: ITAPORANGA/PB, 03 DE MAIO DE 2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

X João Pereira

ASSINATURA DO OUTORGADO
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR 1º OFFÍCIO DE NOTAS
R. GETÚLIO VARGAS, 10, CENTRO, ITAPORANGA/PB, CEP: 56.900-000, FONE: (33) 3411-4012

Alfredo Barros de Sá
Mário de Sá
C. Barros

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de JAO FERREIRA.
ITAPORANGA/PB, 3 de maio de 2017.

Em test. João Pereira da verdade
Mº do Sqrro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital: AE250903-HWR5

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11153976

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17

Vitima: JOAO PEREIRA

Data Acidente: 24/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11154164

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17

Vitima: JOAO PEREIRA

Data Acidente: 24/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

