
Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200085899

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLA VANESSA MARINHO

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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200085899

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLA VANESSA MARINHO

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: CARLA VANESSA MARINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 000010029452-9

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
114.060.344-26 CARLA VANESSA MARINHO

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

5 - Nome completo: Carla Vanessa Marinho 6 - CPF: 114.060.344-26
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Um 9 - Número: 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: Bacia Esperança 12 - Cidade: Grupo da Madre de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: M5SEGURO.SANDORR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 81 9.8216-6977

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANCA (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 29.452 - 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (pp Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valhosos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Grupo da Madre de Deus - PE 06/01/2020

Carla Vanessa Marinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª
CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS
- DPI07CIRC DINTER1/17DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº.
1950197001219

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2019 às 14:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Comunidade) que
ocorreu no dia 17/12/2019 às 18:30

Fato ocorrido na categoria: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1. SÍTIO**
AQUEDUTO - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

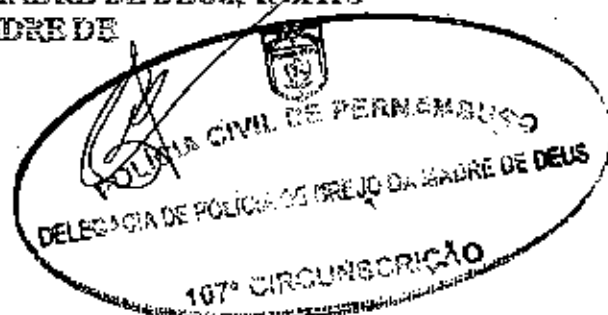
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS DORES DA SILVA (OUTRO)
CARLA VANESSA MARINHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Relato na geração da ocorrência):, que estava em posse de(s) Sr(a): **CARLA VANESSA**
MARINHO

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)

.....
CARLA VANESSA MARINHO (querelada/plaquéia) - **SEXO: Feminino** **MEN: MARIA DO CARMO**
MARINHO **Pai: SEVERINO PEDRO MARINHO** **Data de Nascimento: 29/12/1997**
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 107, BOA
ESPERANÇA RUA 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE
DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL



2. 04
DESCONHECIDA (foto presente no plantão) - Sexo: Femenino Nacionalidade: NÃO INFORMADO
/ PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DAS DOSES DA SILVA (foto presente no plantão) - Sexo: Femenino Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULOS) de propriedade do(s) Sr(a): MARIA DAS DOSES DA SILVA, que estava em
posse do(s) Sr(a): CARLA VANESSA MARINHO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150 Objeto apreendido:
Não

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KFW3154 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 223917249

Chassi: SC2JCM110AR666666

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010

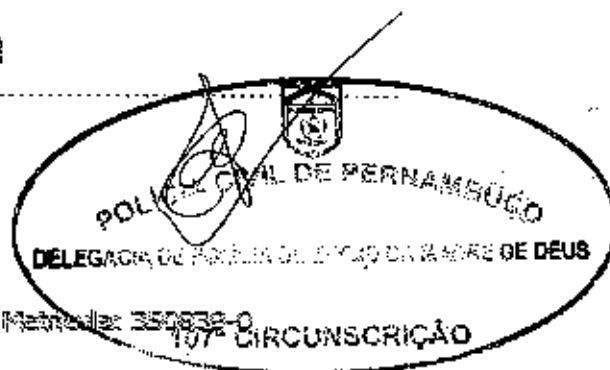
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA indo do SÍTIO
AQUEDINHO SENTINHO BREJO DA MADRE DE DEUS, QUANDO UMA OUTRA
PESSOA EM UMA MOTOCICLETA INVADIU A FAIXA EM QUE A VÍTIMA
ESTAVA, E COLIDIU COM A MESMA. A VÍTIMA NO MOMENTO DA COLISÃO
CAIU DO VEÍCULO EM QUE PILOTAVA E QUEBROU DOIS DEDOS DO SEU
PÉ ESQUERDO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE
PASSAVAM NO LOCAL PARA O HOSPITAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE
BREJO DA MADRE DE DEUS. PORTANTO COMPARECEU A ESTA
DELEGACIA PARA INFORMAR O FATO OCORRIDO.

Assinatura do(s) presente(s) presente nesta unidade policial

Carla Vanessa Marinho

CARLA VANESSA MARINHO
(VÍTIMA)



S.O. registrado por: JOSE WILSON DE BARROS CORREIA - Matrícula: 350638-0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200085899 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLA VANESSA MARINHO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) P.04/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
114.060.344-26 CARLA VANESSA MARINHO

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

5 - Nome completo: Carla Vanessa Marinho 6 - CPF: 114.060.344-26
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Um 9 - Número: 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: Bco Esperança 12 - Cidade: Grupo da Madre de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: MSEGURO.SANDORR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 81 9.8216-6977

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANCA (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 29.452 - 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (pp Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valhosos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

34 - Ir-pressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Grupo da Madre de Deus - PE 06/01/2020

Carla Vanessa Marinho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



UPA- MESTRE CAMARÃO

DATA	HORA	PRONTUÁRIO	
17/11/2019	18:40	755710	
CARTÃO SUS/RG	NOME		
	CARLA VANESSA MARINHO		
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	EST.CIVIL
29/12/1997	21	F	SOLTEIRO (A)
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO		
A MESMA	R-01 BOA ESPERANÇA		
CIDADE	TELEFONE		
BREJO DA MADRE DE DEUS	9-8903-1886		
MÉDICO	ENFERMEIRO		
DR. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA	VANESSA		
EXAME FÍSICO:			
paciente autoatendido. sem presença de dor e determinas sem p.e			
PA:	HGT:	PESO:	Fátima Melo Coordenadora
TEMPERATURA:			
CONDUTA:			
1) Orientação e des. m 2) Reforço e des. m Fato 20/06/19			
() CONSULTA SIMPLES () CONSULTA COM OBSERVAÇÃO () TRANSFERÊNCIA () ALTA APÓS MEDICAÇÃO			
DR. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA MÉDICO			

Dr. André Costa
Médico
CRM 98 6719

Medicamento 06:00

Falso mais 2ml por ordem

Falso mais 2ml por ordem

① Medicação 10ml no = (cont)

② Medicação 10ml no = (cont)

Medicação 10ml no = (cont)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLA VANESSA MARINHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000010029452-9

Nr. da Autenticação CE40A99F15031D99



LISTA GERAL - FÁBRICA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Computex Energias de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Joo Vitor, Recife - PE. CEP 50050-012
CNPJ 10.835.933/0001-08 | fone: Ed. 0335343-03 | www.cetpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SEVERINO PEDRO MARILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTORA
RUA LM 10

CFR 003 532 304-42

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
BREMSEN
55176-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

080208488	UBCA	10/10/2019
10/10/2019	208145562	4237470

7028059700 10/2019
17/10/2019 11/11/2019
10415

DESCRIÇÃO DA NOVA ESPÉCIE

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	TOTAL (R\$)
Consumo Água (VA)	102.030.000	0,16124992	16.339
Acréscimo Sanitário AMARELA			0,72
Acréscimo Sanitário VERDE/UA			4,07
Contrib. Sam. Pública Municipal			5,54
IMPOSTO SUEVING DO CUE-UF 072594534-0606/10			0,70
Multa por atraso-UF 072594531 - 08/08/10			1,57
Juros por atraso-UF 072594531 - 02/04/10			0,88
PRO-CRANCA-[001]13412-1066 08/03/13 1688			4,00

TOTAL DA FATURA

104,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO COTA FISCAL

Nº DO MOTORISTA	TIPO DA FUNÇÃO	AUTOMÓVEL		ANUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCESSIONÁRIA
		CARTELA	LEITURA	CARTELA	LEITURA				
12345678	Cond	00000001	12345678	10000000	00000000	30	9,00000		VELOC

[illegible]

INSTRUMENTAL POSTURES

[illegible]

ATENÇÃO: SEU PERFIL NAQUELO QUE POSSA CONTAR EM ABERTO

[illegible]

1998年5月6日 星期二

	STANDARD PRACTICE SCHEDULE	WORLD AMERICAN CUP	UNITED NATIONS	UNITED NATIONS	UNITED NATIONS
END	0.00	1.20	11.20	23.16	
END	0.00	2.00	4.00	17.20	
END	0.00	2.20	0.00	0.00	

SECRET

Job No.	Largest one-way distance (ft)	
	average	optimum
220	202	231

Environ Biol Fish (2017) 98:1037–1049



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BI@LIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDOIR DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 386 058 734-15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carla Vanessa Mamede inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 060 394-28

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Carla Vanessa Mamede

inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 060 394-28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA COLOMBIA</u>	Número: <u>43</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MAURICIO VASCONCELOS</u>	Cidade: <u>CARUARU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55012-260</u>	Tel. (DDD): <u>982 166 977</u>

Local e Data: Recife - PE, 08 de Janeiro de 2020

Mario J. de Araujo

Assinatura do Declarante



PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
JUNTOS CONSTRUINDO O FUTURO

Carla Wianetz Ramos

Auto de Retirada

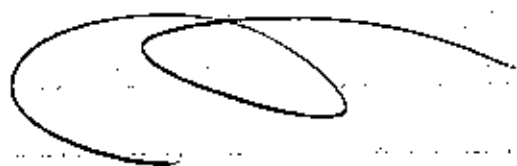
Auto de Retirada

Em Fratura por efeito

do Cerebro e da

com Defeito Total

Em Sutura



DR. CARLOS WIANETZ RAMOS
TRAUMATOLOGIA ORTODONTIA
CRM 15562-1/10-13985
CLINICA DENTARIA



UPA- MESTRE CAMARÃO

DATA	HORA	PRONTUÁRIO	
17/11/2019	18:40	755710	
CARTÃO SUS/RG	NOME		
	CARLA VANESSA MARINHO		
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	EST.CIVIL
29/12/1997	21	F	SOLTEIRO (A)
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO		
A MESMA	R-01 BOA ESPERANÇA		
CIDADE	TELEFONE		
BREJO DA MADRE DE DEUS	9-8903-1886		
MÉDICO	ENFERMEIRO		
DR. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA	VANESSA		
EXAME FÍSICO:			
pressão arterial normal. sugar respiração normal e determinas sem febre (E)			
PA:	HGT:	PESO:	Fátima Melo Coordenadora
TEMPERATURA:			
CONDUTA:			
① DOCTARCA 15 dias (M) ② DECA-MON 15 dias (M) Fato 20/04/19			
() CONSULTA SIMPLES () CONSULTA COM OBSERVAÇÃO () TRANSFERÊNCIA () ALTA APÓS MEDICAÇÃO			
DR. ANDRE COSTA+ DR.DIEGO BEZERRA MÉDICO			

Dr. André Costa
Médico
CRM 986719

Medida 06:00

Foto mais 2inf por ordem

Foto mais 2inf por ordem

① Medição 100g no = (cont)

100g no = (cont)

100g no = (cont)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA – MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

Carla Jaqueline Martins

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de saúde,
no dia 17/11/19 tendo sofrido acidente

- Brejo da Madre de Deus 16/12/19

Atenciosamente


Lucinalva Silva
Direção Administrativa
Diretora

Praça Vereador Abel de Freitas S/N

Brejo da Madre de Deus CEP:55170000



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS SANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA : _____ HORA : _____ ADMISSÃO : () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE : ALLA JAUSSA MARIANO

N.º DO PRONTUÁRIO : _____ SEXO : R IDADE : 21

DESTINO : HOSPITAL ULA JOIBU DATA : _____ HORA : _____

DESTINO : FINAL _____ DATA : _____ HORA : _____

RESUMO DIAGNÓSTICO : DAUSOR ULTERA DE AEROKTE
MOTOCICLISTA - UGE ADH-DECIADA DO, EDENA
E LEMINOS FUECOM' del PE (F)

PR. COLPACIA
ELIO FRACIA LUS 3º EYE
POPOBACTOS (F)

JUSTIFICATIVA : Doença crônica e meningite

Dr. M. A. S. S.
11/08/05
CNPJ 08.8719

DATA : 17-11-19 HORA : _____

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 10407

VALOR

NOME <i>Carla Vanessa Marinho</i>		REGISTRO <i>349204</i>	CATEGORIA <i>SUS</i>
HOSPITAL <i>HRA</i>	SEXO ☒ F ☐ M	COR ☐ B ☐ P ☐ N	IDADE <i>21</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura Exposta de 2º e 3º metatarsos Esquerdo</i>		PESO <i>55</i> Kg	PA <i>120 x 80</i>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>0 mm</i>		EC <i>98</i> BPM	RESPIRAÇÃO <i>14</i> RPM
OPERAÇÃO PROPOSTA <i>Tratamento cirúrgico da Fratura Exposta de 2º e 3º metatarsos Esquerdo</i>		CÓDIGO CIRURGIA	PORTE
OPERAÇÃO REALIZADA <i>A proposta</i>			
HORA INÍCIO <i>17h</i>		HORA FIM <i>18:30</i>	
O ₂			
SpO ₂ <i>100 100 100 100 100</i>			
EICO ₂			
LQUDDS <i>SRL 500ml</i>			
ANOTAÇÕES			
AGENTES		CONC.	QUANTIDADE
Fentanyl			<i>100mcg</i>
Midazolam			<i>4mg</i>
Cetorolaco			<i>25mg</i>
Ropivacaína		<i>0.5%</i>	<i>10ml</i>
Lidocaína (IV)		<i>1%</i>	<i>30ml</i>
Clonidina			<i>100mcg</i>
Dipriona			<i>2g</i>
Clonidina			<i>50mcg</i>
Clonidina			<i>50mcg</i>
TECNICA ANESTESIA		<i>Bloqueio do nervo femoral e sedação</i>	
		<i>guiado por USG / agulha A-SO.</i>	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <i>65 min</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <i>90 min</i>	
☒ CARDIOSCÓPIO		☐ CARNÓGRAFO	☐ PVC
☐ OXÍMETRO		☐ S. VESICAL	☐ TEMPERATURA
☐ SPM		☐ LINHA ARTERIAL	☐ MONITOR DO ESTADO CEREbral
ENCAMINHADO		DESTINO	
☒ ACORDADO		☐ UTI	
☐ ADORNECDO		☐ QUARTO	
☐ SONCLENTO			
☐ INTUBADO			

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CARLA VANESSA MARINHO

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MAURÍCIO PAES

1º Assistente: DR FELIPE CARVALHO R2

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO + SEDACÃO

Duração:

Data da Operação: 18/11/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 2º E 3º METATARSO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE METATARSO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO FERIMENTO PONTINO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO COM CONTIGUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO
4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
5. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 2º MTTE + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR
6. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DE 3º MTTE + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K INTRAMEDULAR
7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
8. HEMOSTASIA
9. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
10. CURATIVO
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe D. R. R. R.
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 252897 CRM-BA 2031

18 NOV 2019



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 4 8 0 2 1 5 3 7 2 7 5 3 4 8 2 9 1 2 9 2

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

3 4 9 2 0 4

10 - RACIA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE

Maria do Carmo Maciel

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 1

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasão de Armas de Deus

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tumor no fêmur da perna esquerda
Paciente frágil

0408030462

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

He Curingio

5927

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FR + EXAME FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor exposto no fêmur da perna esquerda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

He Curingio

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Waldemir Soares da Silva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO VILHETE

38 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

261910412544-0

Waldemir Soares da Silva
CRM 7189



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paula Vanessa Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Trauma no fêmur CI grau 1
Revisão da lesão**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura exposta

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta do fêmur direito

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura exposta

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Homero C. Lima

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carla Vanessa Moura

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exame físico normal. 2º e 3º grau de obesidade.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Obesidade grau 3 em acompanhamento.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal. 2º e 3º grau de obesidade.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exame físico normal. 2º e 3º grau de obesidade.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe Diego V. P. do Carmo
CRM-PE: 25203

18/11/2013

Dr. Felipe Diego V. P. do Carmo
CRM-PE: 25203

ORIGEM DO PACIENTE EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ORIGEM DO PACIENTE EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO A

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 562833

Prontuário: 349204.

Nome: CARLA VANESSA MARINHO

Data Nasc.: 29/12/1997 Idade: 21

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:704802537275748

Endereço: RUA 1.

Bairro: LOT

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

(Nº: 107)

Estado: PE

CEP: 55170000

Fone: 996006668

Profissão: ESTUDANTE

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 18/11/2019 14:0

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PA: _____ FR: _____

Exame Físico:

P

EE

FR:

Diag. Provisório:

Parfuma experta de 80 e 90

Prescrição:

Diets

Horárló

Data

~~Dr. Leonardo Cárdenas
Otopedia - Traumatología
CR-19782~~

Data e hora retirada da senha: 18/11/2019 13:50

Nome Paciente: CARLA VANESSA MARINHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/12/1997
Sexo: Feminino
Idade: 21
Senha: PU0007
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/11/2019 13:53 - 18/11/2019 13:55

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE ORIUNDO DE BREJO DA MADRE DE DEUS VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO APRESENTANDO FRATURA EM 3º E 4º PDE COM DOR E EDEMA (FRATURA EXPOSTAS)

Medicamento(s):

HAS-
DM-

Observação:

PACIENTE COM MACA E SENHA 5818142

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminador(es):

- MECANISMO DE LESÃO?
- GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

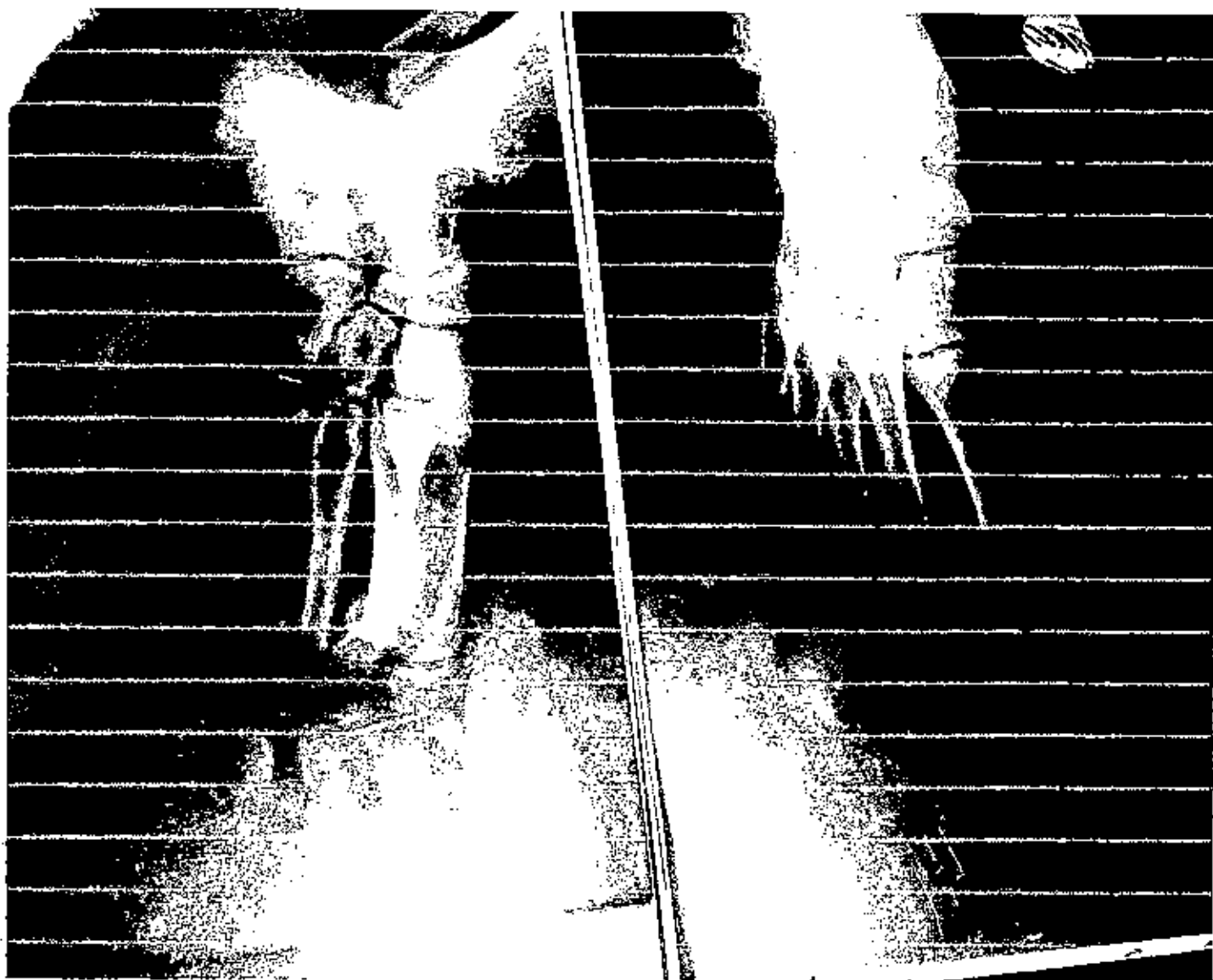
Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

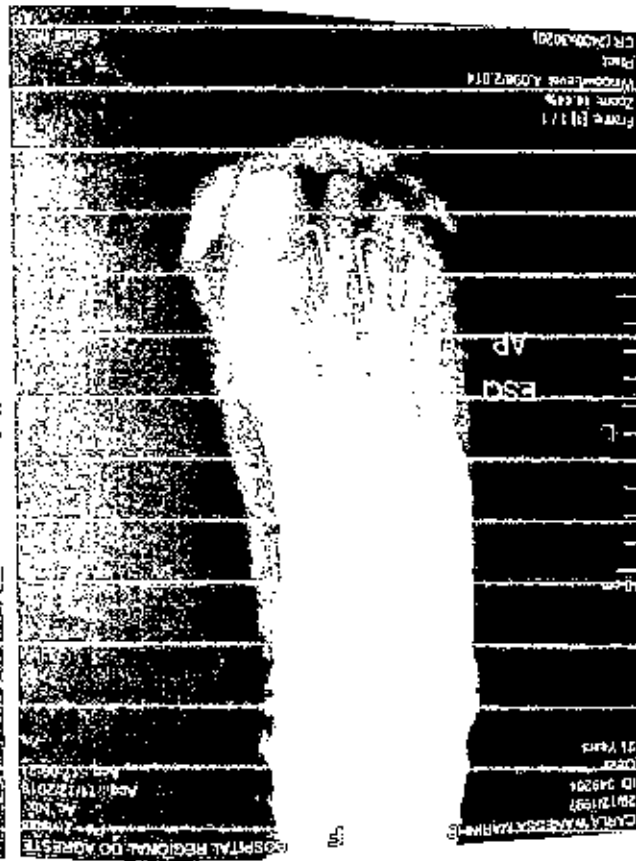
Data Impressão: 18/11/2019 13:56

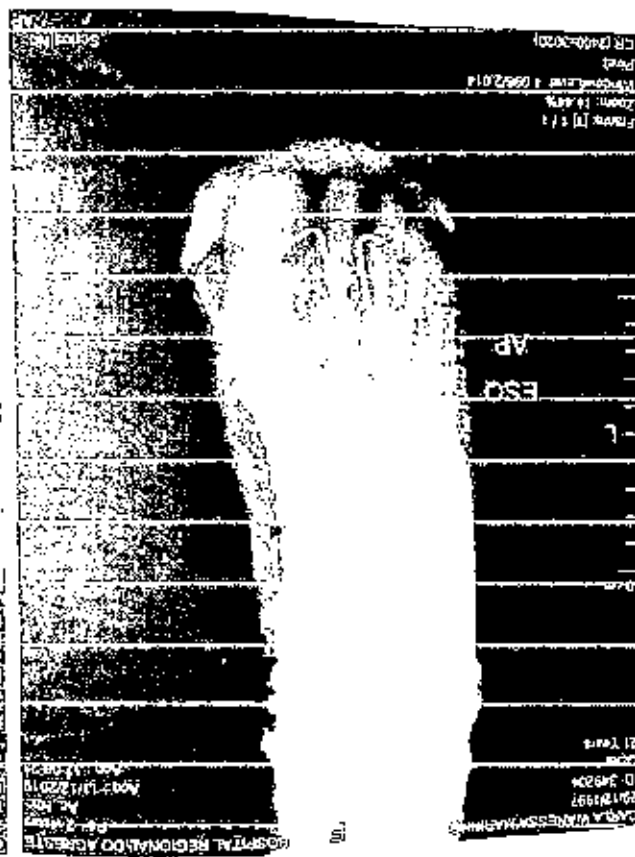
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	
RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESSOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	Nº Registro:
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3 4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS. O PLANTÃO FICA RESERVADO A REALIZAR REAVALIAÇÕES APENAS EM CASO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA	
TRATAMENTO REALIZADO: ALTA APÓS AVALIAÇÃO DE RADIOGRAFIAS CONTROLE PARA FRATURA DO 3 4 MTE	
DATA DA ALTA HOSPITALAR: seg, 18 de novembro de 2019	HORA:
DATA seg, 18 de novembro de 2019	ASSINATURA: DR ALEXANDRE REGO RHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909
← SE NECESSÁRIO, DESTAQUE AQUI →	
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	
RESUMO DE ALTA (AMBULATÓRIO DE EGRESSOS)	
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: CARLA VANESSA MARINHO	
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 3 4 MTE	
AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O RETORNO REGULAR DO PACIENTE APÓS A ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE É NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS. O PLANTÃO FICA RESERVADO A REALIZAR REAVALIAÇÕES APENAS EM CASO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA	
TRATAMENTO REALIZADO: ALTA APÓS AVALIAÇÃO DE RADIOGRAFIAS CONTROLE PARA FRATURA DO 3 4 MTE	
DATA DA ALTA HOSPITALAR: seg, 18 de novembro de 2019	HORA:
DATA seg, 18 de novembro de 2019	ASSINATURA: DR ALEXANDRE REGO RHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909







[illegible]

9375.431 11/01/2012
 CARLA VANESSA MARIANO >>
 SEVERINO PEDRO MARIANO >>
 MARIANO CARLOS MARIANO >>
 CARLA VANESSA MARIANO >>
 CN 1742 LICAF 117 CARTEI RPEJO
 DA MPORE DE DEUS PE 12-10-1998 >>
 114 DSO 244358

ASSINATURA DO DIRETOR
 01/01/2012

BRASIL

([HTTPS://GOV.BR](https://gov.br))



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.060.344-28**

Nome: **CARLA VANESSA MARINHO**

Data de Nascimento: **29/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:48:04** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BDB.7ECC.08F6.5D93**



**Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).**

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

CAC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES DO BLOCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL - CATERINA DE LEMOS DA SILVA

Sandra Oliveira Almeida



11/01/2012
9.375.431
CARLA VANESSA MARINHO >>
SEVERINO PEDRO MARINHO >>
MIGUEL CARLOS MARINHO >>
CARLA VANESSA MARINHO >>
29/12/1997
CN. 17.642 LICA F 107 CART RBEJO
DA MPORE DE DEUS PE 12.04.1998 >>
114.050.344-2
ACQUISIÇÃO DO CREDITO
LEIN 7.1701200063
8-47 56 250
9137

BRASIL

([HTTPS://GOV.BR](https://gov.br))



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.060.344-28**

Nome: **CARLA VANESSA MARINHO**

Data de Nascimento: **29/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:48:04** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BDB.7ECC.08F6.5D93**



**Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).**

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012031682425

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 232917242 - ***** - 2015

NOME
MARIA DAS DORES DA SILVA

VIT. 399 ANTAC - PE

CPF / CNPJ - PLACA
059.581.234-15 - KFW3154

PLACA ANT. / UF - CHASSI
***** / PE - 9C207411AR5680388

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
MOTO ICLETA - GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
MONTA / CG 125 FAN KS - 2010 - 2011

CAP. POT. / CIL. - REG. C.R.V. - COR PREDOMINANTE
250/124CV - PRETO - PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS
1 - IPTA 2015 QUITADO - 1ª - *****

FAIXA I.R.V.A. - PARCELAMENTO / COTAS - 2ª - *****
1 - ***** - 3ª - *****

PRÊMIO (M.F.F.A.R.O. (R\$) - D.F. (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
R\$0,00 - R\$0,00 - R\$0,00 - 20/02/15

COBERTURAS

SEM RESERVA

DATA
20/02/15

Charles André da Costa Ribeiro

Delegado Regional de Trânsito - DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 012031682425 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DAS DORES DA SILVA

POSTO MEDICO 335 35618-000
CS-ALT. J. LEAL VIT. STO. ANTAC - PE

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

www.dpvatseguredotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2015 - 20/02/15

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 - 059.581.234-15 - KFW3154

RENAVAM - MARCA / MODELO
232917242 - MONTA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. - ANO MOD. - Nº CHASSI
2010 - 2011 - 9C207411AR5680388

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) - DENOMINAC. (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

COSTO DO BILHETE (R\$) - COTA ÚNICA - COTA ÚNICA

SEGURO PAGO - DATA DE PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

PARCELAMENTO - PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ nº 140.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DEVOLVIDO OBRIGATORIAMENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012031682425

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 232917242 - ***** - 2015

NOME
MARIA DAS DORES DA SILVA

VIT. 399 ANTAC - PE

CPF / CNPJ - PLACA
059.581.234-15 - KFW3154

PLACA ANT. / UF - CHASSI
***** / PE - 9C207411AR5680388

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
MOTO ICLETA - GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
MONTA / CG 125 FAN KS - 2010 - 2011

CAP. POT. / CIL. - REG. C.R.V. - COR PREDOMINANTE
250/124CV - PRETO - PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS
1 - IPTA 2015 QUITADO - 1ª - *****

FAIXA I.R.V.A. - PARCELAMENTO / COTAS - 2ª - *****
1 - ***** - 3ª - *****

PRÊMIO (M.F.F.A.R.O. (R\$) - D.F. (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
R\$0,00 - R\$0,00 - R\$0,00 - 20/02/15

COBERTURAS

SEM RESERVA

DATA
20/02/15

Charles André da Costa Ribeiro

Delegado Regional de Trânsito - DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 012031682425 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DAS DORES DA SILVA

POSTO MEDICO 335 35618-000
CS-ALT. J. LEAL VIT. STO. ANTAC - PE

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

www.dpvatseguredotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2015 - 20/02/15

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 - 059.581.234-15 - KFW3154

RENAVAM - MARCA / MODELO
232917242 - MONTA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. - ANO MOD. - Nº CHASSI
2010 - 2011 - 9C207411AR5680388

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) - DENOMINAC. (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - COTA ÚNICA - COTA ÚNICA

SEGURO PAGO - DATA DE PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

PARCELAMENTO - PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ nº 140.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DEVOLVIDO OBRIGATORIAMENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007038/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: CARLA VANESSA
MARINHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

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.

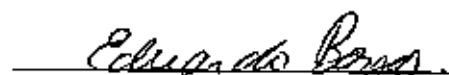
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15


MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: CARLA VANESSA MARINHO
IDENTIDADE: 9375 937 CPF: 774 060 344-28
EST.CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: ESTUDANTE
ENDEREÇO: RUA UM
BAIRRO: BOA ESPERANÇA
CIDADE: BREJO DA M DEUS UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.

Feito presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da

VÍTIMA: CARLA VANESSA MARINHO
CPF: 774 060 344-28 COBERTURA: INVALIDAÇÃO

Data do acidente: 78/12/2019

Carla Vanessa Marinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA M DEUS, 78 de DEZEMBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
Av. Getúlio Vargas, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel: (081) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLA VANESSA MARINHO
Em 18/12/2019 11:39:24 - ROSANITA MARIA LIRA
VIZIRA DE OLIVEIRA - TABELIA
R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSDG
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,81

Selo: 0073437.NDR12201901.00196

consultar autenticidade em: www.tjpe.jus.br/secdigital

Cartório Único Ofício
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007038/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: CARLA VANESSA
MARINHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

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: 07/01/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069143/20

Vítima: CARLA VANESSA MARINHO

CPF: 114.060.344-28

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: CARLA VANESSA
MARINHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLA VANESSA MARINHO : 114.060.344-28

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: 20/02/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

ABENILDA MARIA BARBOSA