
Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200099260

Vítima: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200099260

Vítima: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 09/10/2018, emitido pelo Dr. NATHALIA VIEIRA DE ALBURQUERQUE MELO CRM nº 22421 - PE, da Instituição SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(a) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

796.210.744-87

4 - Nome completo da vítima:

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

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

5 - Nome completo:

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

6 - CPF:

796.210.744-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

AV. DR. ELAUDIO J. G. LEITE

9 - Número:

2023

10 - Complemento:

BLD 6, AP 102

11 - Bairro:

JANGA

12 - Cidade:

PAULISTA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.490-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 987727287

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPT 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:

☒ RECURSU INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1581

(informar o dígito se existir)

CONTA:

00043911

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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:

- o 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 dos lesões permanentes decorrentes do 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 ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (s)?

☐ 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 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.

34

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:

RECIFE, 28 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



SAC CAIXA: 0800 726 0301 / Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 726 2492

Aparatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.



Esta cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 0800 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)
Ou ligue 0800 726 7474

caixa.gov.br

Maestro

Cirrus

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 11ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ª CIRC DA 1ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20ED101000707

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/02/2020 às 20:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 9/10/2018 às 03:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO, 1 - Bairro: ILHA DO RETIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SPORT RECIFE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAQUEL DA COSTA MONCLAIR** Pai: **ADELSON BARBOSA MONCLAIR** Data de Nascimento: **4/7/1976** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4099979/SDS/PE (RG), 79621074487 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 987727287**

Endereço Residencial: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 2023, AP 102 BL 08 - CEP: 85000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLI4469** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **186428400** Chassi: **9C2JC41209R114467**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**
Descrição: **FAN 125**

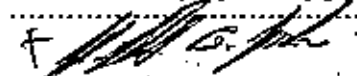
AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA PELO LOCAL DO FATO, QUANDO UM AUTOMOVEI DE PLACA E CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS CRUZOU O SEMAFORO VERMELHO PARA ELE COLIDINDO NA MOTOCICLETA CAUSANDO O ACIDENTE. O CONDUTOR DO VEICULO SE EVADIU DO LOCAL A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA UPA - TORRÕES LIBERADO EM SEGUIDA, PORÉM A VITIMA NÃO SUPOORTOU ADOE E FOI ENVIADA NO HOSPITAL ESPERANÇA ONDE DETECTOU-SE FRATURA DE COSTELAS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCONI GAMA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **2208415**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(a) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

796.210.744-87

4 - Nome completo da vítima:

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

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

5 - Nome completo:

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

6 - CPF:

796.210.744-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

AV. DR. ELAUDIO J. G. LEITE

9 - Número:

2023

10 - Complemento:

BLD 6, AP 102

11 - Bairro:

JANGA

12 - Cidade:

PAULISTA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.490-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 987727287

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPT 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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1581

CONTA:

00043911

AGÊNCIA:

CONTA:

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:

- o 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 dos lesões permanentes decorrentes do 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 ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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:

30 - Vítima deixou nascituro (s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

RECIFE, 28 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



SAC CAIXA: 0800 726 0801 / Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 726 2492

Aparatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.



Esta cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 0804 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)
Ou ligue 0800 726 7474

caixa.gov.br

Maestro

Cirrus

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 099.10.2018
EM: 26.10.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **FLÁVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**, portador do Documento de Identidade nº **4099979** SSP/PE e inscrito no CPF/ME sob o nº **796.210.744-87**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-537115**, que no dia 09 de outubro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 06h13, na Avenida Eng. Abdias de Carvalho, imediações do Sport Club do Recife, Ilha do Retiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para a UPA Torrões.
Recife, 26 de outubro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

**CELPE****NOTA FISCAL DE FATURAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**

Centrais Elétricas do Pernambuco
Av. João de Barros, 141, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.838.512/0001-08 | Ins. Est. 0075049-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORAAV DR CLAUDIO J G LENTE 2023
AP-102 BL-05

CPF: 027.767.624-02

JANGAUJANGA
PAULISTA PE
53450-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

NUMERO DE FATORAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
090264888	UNICA	20/12/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
20/12/2019	20/03/2020	6076837

CONTA DE ENERGIA	PERÍODO
7034758206	12/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/12/2019	17/01/2020
TOTAL A PAGAR R\$	
146,77	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	11.500,000	0,75722474	128,45
Acrescimo Bônus AMARELA			2,12
Acrescimo Bônus VERDE			2,87
Contribuição Pátria Municipal			14,22

TOTAL DA FATURA

140,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ID DO MEDIDOR	Tipo da Medição	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	PERÍODO (DIAS)	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
119991991	CAT	22/12/2019	100	20/12/2019	107,00	24	1,00000		16,70

COMPOSIÇÃO		BASES DE CÁLCULO		VALORES DO CONSUMO		VALORES DO PREÇO	
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	11.500,00	Consumo Ativo (kWh)	11.500,00	Consumo Ativo (kWh)	11.500,00	Consumo Ativo (kWh)	11.500,00
Acrescimo Bônus AMARELA	2,12	Acrescimo Bônus AMARELA	2,12	Acrescimo Bônus AMARELA	2,12	Acrescimo Bônus AMARELA	2,12
Acrescimo Bônus VERDE	2,87	Acrescimo Bônus VERDE	2,87	Acrescimo Bônus VERDE	2,87	Acrescimo Bônus VERDE	2,87
Contribuição Pátria Municipal	14,22	Contribuição Pátria Municipal	14,22	Contribuição Pátria Municipal	14,22	Contribuição Pátria Municipal	14,22
TOTAL	140,37	TOTAL	140,37	TOTAL	140,37	TOTAL	140,37

**CELPE****NOTA FISCAL DE FATURAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**

Centrais Elétricas do Pernambuco
Av. João de Barros, 141, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.838.512/0001-08 | Ins. Est. 0075049-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORAAV DR CLAUDIO J G LENTE 2023
AP-102 BL-05

CPF: 027.767.624-02

JANGAUJANGA
PAULISTA PE
53450-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

NUMERO DE FATORAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
090264888	UNICA	30/12/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
30/12/2019	30/12/2019	30/12/2019

CONTA DE ENERGIA	PERÍODO
7034758206	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
30/12/2019	17/01/2020
TOTAL A PAGAR	145,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	11.500,00	0,75722474	128,45
Acrescimo Bônus AMARELA			2,12
Acrescimo Bônus VERDE			2,87
Contribuição PFLUA Municipal			14,22

TOTAL DA FATURA

140,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ID DO CONSUMIDOR	Tipo de Faturação	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	PERÍODO DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
119991991	CAT	22/12/2019	100	29/12/2019	107,00	24	1,00000		16,00

BASE DE CÁLCULO		VALOR DO IMPORTE		TAXAS E CONTRIBUIÇÕES	
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
BASE DE CÁLCULO	131,33	Transmissão	4,81	Consumo Energia	128,45
DECS	131,33	Perda de Tensão	23,04	Acrescimo Bônus AMARELA	2,12
PTS	131,33	Perda de Tensão	23,04	Acrescimo Bônus VERDE	2,87
COFINS	131,33	Perda de Tensão	23,04	Contribuição PFLUA Municipal	14,22
		Total	140,37		



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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR
inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.767.624/02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR inscrito (a) no CPF sob o nº 796.210.744/87
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FLAVIO H. DA C. MONCLAIR
inscrito (a) no CPF sob o nº 796.210.744/87, 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>AV. DR. CLAUDIO J. G. LEITE</u>	Número: <u>2023</u>	Complemento: <u>BL-06, AP 102</u>
Bairro: <u>JANGA</u>	Cidade: <u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53490-000</u>	Tel. (DDD): <u>85198792.7287</u>

Local e Data: RECIFE, 18 DE FEVEREIRO DE 2020

X SUZANA D. F. R. Monclair

Assinatura do Declarante

Nome: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Nº registro: 640679

Dt. Nasc.: 04/07/76 - 42 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: RAQUEL DA COSTA MONCLAIR

Fone: 81 98772-7287

Endereço: R ANÍSIO VITORINO DE QUEIROZ, nº 2023, JANGA. PAULISTA - PE

Data/hora: 09/10/2018 - 08:29

Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- DOR EM ARCOS COSTAIS E LOMBAR APOS ACIDENTE DE MOTO

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- GLASGOW 15

DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

08:20 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO (CONDUTOR DE CAPACETE) HÁ CERCA DE 02 HORAS, EVOLUINDO COM DOR EM FACE ANTERIOR DE HEMITÓRAX ESQUERDO E POSTERIOR DE HEMITÓRAX ESQUERDO.

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS.

NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: 120 x 60 mmHg **HGT:** mg/dL

EGR EUPNEICO AFEBRIL ACIANOTICO ANICTERICO CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO

AR MV + AHT S/RA

ACV RCR 2T BNF SS

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Nº registro: 640679

Dt. Nasc.: 04/07/76 - 42 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: RAQUEL DA COSTA MONCLAIR

Fone: 81 98772-7287

Endereço: R ANÍSIO VITORINO DE QUEIROZ, nº 2023, JANGA. PAULISTA - PE

Data/hora: 09/10/2018 - 08:29 **Nº pág.:** 2/2

ABD FLÁCIDO DEPRESSÍVEL INDOLOR S/ VMG. RHA + S/ IRRITAÇÃO PERITONEAL
S/ EDEAS

DOR À PALPAÇÃO EM FACE ANTERIOR DO HEMITÓRAX ESQUERDO

SEM CREPITAÇÕES

ECG 15 PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V230 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL [CARRO], "PICK UP" OU CAMINHONETE - CONDUTOR TRAUMATIZADO EM ACIDENTE NÃO-DE-TRÂNSITO

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

SINTOMÁTICOS

10:42

PACIENTE REFERE MELHORA PARCIAL APÓS MEDICAÇÃO. AINDA PERSISTE COM DOR EM HTE.

Cd: ANALGESIA

Resultados de Exames:

SOL RX TÓRAX

Fabiana Emerenciano
Médica
CRM 17173 PE

10:41

RX TORAC SEM ALTERAÇÕES

Dr. NATHALIA VIETRA DE ALBUQUERQUE MELO
CRM: 22421

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

PRONTIMAGEM

PACIENTE: SR(A). FLÁVIO HENRIQUE COSTA MONTEIR

PRONTUÁRIO: 345663

MÉDICO SOLICITANTE: DR. FERNANDO AUGUSTO

DATA: 12/10/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

INDICAÇÃO: Exame realizado em caráter de urgência para avaliação de trauma contuso torácico.

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

Presença de fratura dos 4º, 5º, 6º e 7º arcos costais esquerdos associados a pequeno pneumotórax e a derrame pleural laminar à esquerda.

Coração com dimensões nos limites superiores da normalidade.

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.

Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.

Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.

Observa-se faixa de atelectasia segmentar no lobo inferior esquerdo.

Presença de dois micronódulos calcificados no lobo inferior esquerdo, menores que 0,2 cm, de provável natureza residual.

Demais porções do parênquima pulmonar com transparência e desenho vículo-brônquico preservados.

Estruturas do abdome superior visibilizadas de aspecto anatômico.



Dra. Lara Biller T. F. de Araújo

CRM: 20.458

HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. (PRONTOLINDA)
UNIDADE DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 285 - OLINDA - PE - C.N.P.J.: 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Nome: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
Idade: 42 anos
Data de Nascimento: 04/07/1976
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE Nº 2023
Cidade: PAULISTA
Estado: PE
Telefone: (81) 96362-9210
CPF: 79621074487
Sexo: Masculino
Id.: 4099979
BSP

Responsável: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE Nº 2023
Cidade: PAULISTA
Estado: PE
Telefone: (81) 96362-9210
CPF: 796.210.744-87

Plano: 002/09 AMIL/570-REDE 400 NAC MEDIAL
Número de Cartão: 073902080
Guia: 01643210
Validade: 13/10/2018
Acomodação: [] Enf [] Apto [] Suite

Data de Admissão: 12/10/2018, 16:59h
Previsão de Alta: 13/10/2018, 10:00h
Clínica: CIRURGIA TORAX
Endereço: CLINICO
Observação: AG AUTO DE 1 DIARIA EM UTI APOS ENF// COM ACOMP + 3 REFEICOES// NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// ED TRAUMA TORACICO PECTADO
MOTIVACAO: TRAUMA PLEURAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a tomar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, transfusões, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e outras providências de todos os procedimentos necessários ao meu adequado tratamento.

II - Assumo total responsabilidade pelo pagamento dos custos advindos do tratamento a que for submetido(a) pela REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e consumo de material e de medicamentos utilizados nos cuidados médicos-hospitalares que se fizerem necessários ao meu integral tratamento, inclusive materiais especiais, além de consumo de frigobar e despesas com acompanhante, caso não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundos de meus atos e/ou praticados por meus responsáveis, acompanhantes ou visitas.

IV - Estou ciente e concordo que todos os pagamentos devidos à REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e dela decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, deverão ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que poderá ser por telefone, e-mail, telegrama ou qualquer outro meio de comunicação admitido por lei.

V - Comprometo-me a proceder à leitura do "Manual de Normas e Orientações do paciente" que me foi entregue nesta oportunidade responsabilizando-me integralmente pelos danos causados a mim ou a terceiros pela não observância das normas e regras estabelecidas.

VI - Aceito livremente por acomodação: de qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive nos casos em que os médicos, de eventuais despesas extras (frigobar, telefone, refeições etc.) quando estiverem em desacordo com o efetivamente autorizado pelo plano / seguro / convênio de saúde ao qual estou vinculado.

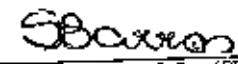
VII - Todas as informações ora fornecidas são verdadeiras, garantindo a autenticidade de todos os dados prestados, responsabilizando-me por todas as declarações falsas ou inexatas que prestar e que vierem a causar prejuízos à REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

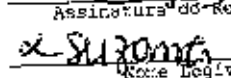
VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão incluídos honorários médicos referente à assistência ou aos exames realizados no período de internação em apartamento e/ou enfermaria, nas unidades de terapia intensiva, no pronto socorro, na hemodinâmica e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento exceto clínica médica e pediatria (no atendimento de urgência).

IX - Neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

Recife, 12 de Outubro de 2018


Assinatura do Responsável


HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. (PR)


Nome legível

Recepção: SIMONE BARROS Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: _____

Data Hora da Impressão: 12/10/2018-17:03

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR
Nasc: 04/07/1975 - 42a3m8d
Reg: 1643210 - Pront: 080346669
AMIL/570-REDE 48
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
Matricula: 073802080
Leito: UT117
1643210

Paciente: _____ Leito: _____

Cada anotação deve ser assinada

Data/Hora

12/10/18

4 Cerebro focal

4 polinomial
4 pontos de corte 4/5/6/7
4 pontos mínimos
4 neurone plasmol amino

polinomial de corte superior
sem neurone de
de indução pelo campo
focais no momento

CO = polinomial fixo.

CO
am 20/11



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada



EVOLUÇÕES CLÍNICAS

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR
Nasc: 04/07/1976 - 42a3m8d
Reg: 1043210 - Prd t: 000345563
AKIL/570-REDE 40
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16 59
Matricula: 07380208

1643210

eito: UFI17

Paciente: Flávio Henrique Leito: 12

[illegible]



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Paciente

01 - 01/01/2018

2) Manutenção da medicação.

3) Cuidados pessoais e higiene.

4) Qualidade de vida.

Jessica Rosado
Médica
CRM - PE: 25.118

13/10/18

10h

Enfermagem

Paciente com ESR regular, consciente, orientado, afável, eufórico, normotenso, normopigmado. Em uso de PNI + MCC + diurético de pulso. Respiração espontânea, ventose em MSD péris e sem sinais flogísticos com taxa 16/10. Ausculta cardíaca com BRF em 2^o. Ausculta respiratória com m/+ . Ausculta do tórax VO. Eliminações fisiológicas presentes. Segue em observação e cuidados de enfermagem.

→ monitorar sinais e sintomas elevados.

→ Realizar SSW de 02/02h.

→ Incentivar a auto-cuidado.

Flaviana dos S. D. Barque
Coord. PE: 25.118 - ENF

13/10/18

15h

Enfermagem

Paciente segue alto de UTI e encaminhado do paciente para enfermagem Rnato.

Flaviana dos S. D. Barque
Coord. PE: 25.118 - ENF



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MOMCLATR
Nasc: 04/07/1976 -- 42a3m9d
Reg: 1643210 - Pront: 000345663
AMIL/570-REDE 40
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
Matricula: 073002080
Leito: 513B
1643210

Paciente: Flavio H. Costa Leito: 513B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

14/10/18
16:230

Flavio
Flavio arth
Paciente evolui sem
dor, eufórico.
AD: 2x feex control
muito produtivo

ESPERANÇA
CRIM 20571

15.10.18
09:10h

Enfermeiro
Paciente evoluindo bem EGR,
consciente e orientado, deambulando
respiração espontânea em ambiente
ambiente de ar. SSVV: normotensa,
membranas, expandido e afetuoso.
Dieta v.o., eliminação fisiológica (+).
Pele íntegra, sup. em MGO. As cui-
dades de higiene são boas.
AD: Avaliar SSVV 6/6h;
medicar com;
frase de leito elevado;
Avaliar sup. risco de flebite.

Patricia de Oliveira
Coord. 351159 Ent

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MOHCLAIR
Nasc: 04/07/1976 - 42:3m11d
Reg: 1843210 - Pront: 000349663
AMIL/670-REDE 40
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 10:59
Matrícula: 073802060
Leito: 513B
1643210

Paciente:

Leito:

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

16/10/18
14h

#5 ECITOR#
TÓRAX

Fratura de Costelas
TTO Conservador

Traqueia e veia Arteriais

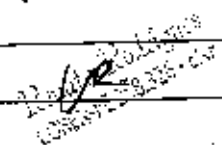
TC de Tórax sem derrame
e pneumo

Ad Alto Hospital
Seguindo para
Consultório


Dr. Rafael Melo Junior
CRM 21250

16.10.18 #Enfermeira TT

15h Paciente evoluindo com ECG Regular, sem alterações, arritmias, isquêmicas, sintomáticas, sem alterações. Sem alterações em anamnese, no momento sem alterações. Ausculta pulmonar normal - Ausculta abdominal normal. Examinar fisiológico em UE. Retardo AVP. Segue de Alto Hospital com cuidados de enfermagem.


Dr. Rafael Melo Junior
CRM 21250



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada



Paciente: **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**

Nome da Mãe: **RAQUEL DA COSTA MONCLAIR**

Registro: **1643210**

Médico: **CRM - 24640-PE - CARLA DE ANDRADE MORAES E SILVA**

Prontuário: **000345663**

Convênio e Plano: **AMIL/570-REDE 400 NAC MEDIAL**

Sexo: **Masculino**

Data Nasc. / Idade: **04/07/1976 - 42 anos, 3 meses e 8 dias**

Matrícula: **073802080**

Data da Prescrição: **12/10/2018**

Peso do Paciente: **kg**

Data da Internação: **12/10/2018**

Leito do Paciente: **UTM7**

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Leito: **12/10/2018**

Data Nasc.: **13/10/2018**

Prontuário: **13/10/2018**

Nome do Paciente: **12/10/2018**

DIETAS	Voluma	Via	Intervalo	12/10/2018	13/10/2018
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAO		
MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	12/10/2018	13/10/2018
1. $\diamond$ traMAL 50mg/mL amp $\diamond$ SORO FISIOL. 0.9 % MINIFLAC 50ML	1 AMPOLA 1 FRASCO	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
2. NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	2 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 8 HORAS		00:00 05:00 12:00
3. $\diamond$ CLEXANE 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS	22:00	06:00
4. panTOzol 40mg qpr rev	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24 HORAS		00:00 06:00 12:00
5. CEPACOL COLUTORIO FR.300ML	1 APLICACAO	BUCAL	6 X 6 HORAS		00:00 06:00 12:00
6. SOAPEX SABONETE LIQ. 20ML	1 SACHE	DERMATOLOGICA	6 X 6 HORAS		00:00 06:00 12:00
7. PRODERM EMULSAO 150ML	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	6 X 6 HORAS	22:00	06:00 14:00
8. REPARIL GEL 30G	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
9. BEPANTOL DERMA CREME 20GR Obs: APLICAR NOS LABIOS	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	8 X 8 HORAS		06:00 14:00
CUIDADOS			Intervalo	12/10/2018	13/10/2018
1. CAVILON CREME	***	***	6 X 6 HORAS		00:00 06:00 12:00
2. CUIDADOS ESPECIAIS FRALDA DESCARTAVEL	***	***	6 X 6 HORAS		00:00 06:00 12:00
3. CUIDADOS ESPECIAIS HIGIENE OCULAR COM SFO 0.9% 10ML	***	***	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
4. MUDANCA DE DECUBITO	***	***	2 X 2 HORAS	22:00	00:00 02:00 04:00 06:00 08:00 10:00 12:00 14:00
5. DECUBITO ELEVADO 45°	***	***	CONTINUA		
6. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA / MOTORA	***	***	FISIO		

Data da Prescrição: 12/10/2018 20:56:10

ESPERANÇA
CLÍNICA

Paciente: **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**

Nome da Mãe: **RAQUEL DA COSTA MONCLAIR**

Registro: **1643210**

Médico: **CRM - 22527-PE - MARINA CARVALHO DE GUSMAO PEREIRA**

Prontuário: **000345663**

Convênio e Plano: **AMIL/570-REDE 400 NAC MEDIAL**

Data Nasc. / Idade: **04/07/1976 - 42 anos, 3 meses e 9 dias**

Sexo: **Masculino**

Matrícula: **073802080**

Data da Prescrição: **13/10/2018**

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
Nasc: 04/07/1976 - 42a3m9d
Reg: 1643210 - Pront: 000345663
AMIL/570-REDE 400
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
Matrícula: 073802080
Leito: 5139

1643210

ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:

Leito:

Data Nasc.:

Prontuário:

DIETAS	VOLUME	VIA	Intervalo	13/10/2018	14/10/2018
1. DIETA LIVRE <i>None</i>	***	ORAL	NUTRICAÇÃO		
MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	Intervalo	13/10/2018	14/10/2018
1. $\diamond$ traMAL 50mg/mL amp $\diamond$ SORO FISIOL. 0.9 % MINIFLAC 50ML	1 AMPOLA 1 FRASCO	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	20:00	02:00 08:00 14:00 20:00
2. NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	2 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	08:00	08:00 05:00 12:00 18:00
3. $\diamond$ CLEXANE 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS	22:00	
4. muvnlax po. sachê 14g	1 SACHE	ORAL	12 X 12 HORAS	18:00	08:00 18:00
5. CEPACOL COLUTORIO FR.300ML	1 APLICACAO	BUCAL	6 X 6 HORAS	18:00	00:00 06:00 12:00
6. SOAPEX SABONETE LIQ.20ML	1 SACHE	DERMATOLOGICA	6 X 6 HORAS	18:00	00:00 06:00 12:00
7. PRODERM EMULSAO 150ML	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	6 X 6 HORAS	18:00	00:00 06:00 12:00
8. REPARIL GEL 30G	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
9. BEPANTOL DERMA CREME 20GR Obs: APLICAR NOS LABIOS	1 APLICACAO	DERMATOLOGICA	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
CUIDADOS			Intervalo	13/10/2018	14/10/2018
1. CAVILON CREME	***	***	6 X 6 HORAS	18:00	00:00 06:00 12:00
2. CUIDADOS ESPECIAIS FRALDA DESCARTAVEL	***	***	6 X 6 HORAS	18:00	00:00 06:00 12:00
3. CUIDADOS ESPECIAIS HIGIENE OCULAR COM SF0,9% 10ML	***	***	8 X 8 HORAS	22:00	06:00 14:00
4. MUDANCA DE DECUBITO	***	***	2 X 2 HORAS	16:00 18:00 20:00 22:00	00:00 02:00 04:00 06:00 08:00 10:00 12:00 14:00
5. DECUBITO ELEVADO 45°	***	***	CONTINUA		
6. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA / MOTORA	***	***	FISIO		

Data da Prescrição: 13/10/2018 14:09:51

Paciente: **FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR**

Nome da Mãe: **RAQUEL DA COSTA MONCLAIR**

Registro: **1643210**

Médico: **CRM - 22527-PE - MARINA CARVALHO DE GUSMAO PEREIRA**

Prontuário: **000345663**

Convênio e Plano: **AMIL/570-REDE 400 NAC MEDIAL**

Data Nasc. / Idade: **04/07/1976 - 42 anos, 3 meses e 9 dias**

Sexo: **Masculino**

Matrícula: **073802080**
Data da Prescrição: **13/10/2018**

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
Nasc: 04/07/1976 - 42a3m9d
Reg: 1643210 - Pront: 000345663
AMIL/570-REDE 400
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
Matrícula: 073802080
Prontuário: 000345663
Leito: 5138
1643210

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente: _____

Leito: _____

Data Nasc.: _____

Prontuário: _____

CUIDADOS

			Intervalo	13/10/2018	14/10/2018
7. COLCHAO PNEUMATICO	***	***	CONTINUA		
8. FONOTERAPIA	***	***	FONO		
9. PROTOCOLO GLICEMICO Obs: CONFORME FICHA PRÓPRIA	***	***	ACM		
10. CATETER DE O2	***	***	FISIO		
11. MASCARA VENTURI	***	***	FISIO		
12. VENTILACAO MECANICA NAO INVASIVA	***	***	FISIO		
13. SERINGA SOL SAL POSIFLUSH 10 (308565) (via ADULTO) Se necessário Obs: PARA AC PERIFÉRICO, AC CENTRAL OU PICO LINE ADMINISTRAR 4/10 E ANTES E APÓS MEDICAÇÕES VENOSAS (NÃO REALIZAR SE EM INFUSÃO CONTÍNUA DE DVA E SEDACÃO)	***	***	4 X 4 HORAS	12:00	
14. MONITORIZACAO CONTINUA	***	***	CONTINUA		
15. OXIMETRIA DE PULSO	***	***	CONTINUA		
16. PRESSAO NAO INVASIVA (PNI)	***	***	1 X 1 HORA	15:00 18:00 21:00	16:00 19:00 22:00 17:00 20:00 23:00
17. ASPIRACAO DE VIAS AEREAS TOT/TOT	***	***	2 X 2 HORAS	16:00 22:00	18:00 00:00 06:00 12:00
18. CUIDADOS ESPECIAIS COLETOR BIOVAC	***	***	CONTINUA		

Olinda, 13 de Outubro de 2018, 14:10:03

Jessica Rosado
Médica
CRM/PE: 25.118

Flaviana dos S. O. Buarque
CRM/PE: 748.70 - 61

Data da Prescrição: 13/10/2018 14:08:01



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEO.DME.FOR.036

Etiqueta do Paciente

11.22



Paciente:

Data:

Alergias:

Precaução

() Contato () Gotícula () Aerosóis () Imunossupressão

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR
Nasc: 04/07/1976 - 42a3m9d
Reg: 1643210 - Pront: 000345663
AMIL/570-REDE 40
Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
Matricula: 073982080
Leito: 513B
1643210

Risco Individual

() QUEDA

() BRONCOASPIRAÇÃO

() LESÃO POR PRESSÃO

Classificação TEV

() ALTA

() INTERMEDIÁRIO

() BAIXO

Profilaxia TEV

() MEDICAMENTOSA

() MECÂNICA

() DEAMBULAÇÃO

Contra-indicação ou
Motivos para Suspensão da
Profilaxia TEV

Qual?

Erica Mendonça
Nutricionista / MEO
CRNB 0871571

Nº

Dieta

Horário da Medicação

Vo lim.

SW

Medicação/Dose/Via/Posologia

Movalgine 1g + aniv 6/6h.

12° 180 2x 0x

Oxicodone 10mg 1cp vo 12/12h.

23° 1x

framed 100mg + coad 5xiv

SW

8/8h (5N)

Zohene 8mg + aniv 8/8h (5N)

SW

discre 90g 1FA 5x1h.

22°

muvisin 140mg 1x1h

180 0x

Reparil Gel 1g aplica 3x1h

em uso

1x1h.

unidades 6x1h

rotina

Antibiotic 1mg 1x1h e 1x1h

apina

Antônio Farias
FARMACIA DE 3ª - ENT



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEO.DME.FOR.036

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR
Nasc: 04/07/1978 - 42a3m9d
Res: 1643210 - Pront: 000346683
AMIL/570-REDE 40
Entrada: 12/10/2010 - Hora: 16:59
Matrícula: 073802080
Leito: 513B
1643210

SW FCL 66

Notas

CESAR ASCUNDO
CIRURGIÃO TO
CRM 23515

DR. VILSON
MARTINS

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Paciente: **2050**

Data: **15/05/2018**

A. S. S.:

Rec. Ex. () Centro

Respiratório () Aerossóis () Revi

ALTA (X) INTERMEDIÁRIO

Med. canterosa () Mecânica () Deambulator

Med. para Sur. () Qual?

FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLATR
 Nasc: 304/07/1976 - 42a3m9d
 Reg: 1843210 - Pront: 000345663
 AMIL/570-REDE 40
 Entrada: 12/10/2018 - Hora: 16:59
 Matrícula: 073902080
 Leito: 5138
1843210

20 05

A

Dieta

Érica Mendonça
 Nutricionista / HEO
 CRN 9871
 16110

Horário da Medicação:

SND

Medicações

APL 1000 11:00

NOVALGINA 30 + 100 EV DE 4/4H

TRAMADOL 100MG - 100ML SF 0.9% EV DE 06:06H SE DOR FORTE

OXALOTIN 10MG 3 CP VO 12/12H

PANTOCAL 40MG 3 CP VO DIA

PROFENID 100MG - 100ML SF 0.9% EV 12/12H

LYRICAP 5mg 100mg VO 24/24h

CLEAXANE 10MG 3 PR VO 3 X DIA

Cuidados Gerais

RECEBIMENTO

SEMPRE

Manter
18 20 02 06 10 14
sim

M.
2/2 06 2 p
2/2 06 2 p
2/2 06 2 p

Manter
Rotine

Paula Andrade
 CRN 10005 - ENE

Keilla Aguiar
 Coren-PE 100422 - ENE

ALTA

14h
Alto Hospital

Dr. Roberto Mendes
 CRM 21284

Dr. Roberto Mendes
 CRM 21284

REPUBLICA DE PARAGUAY

PAVLO HENRIQUE COSTA MONTAÑE

NO IDENTIFICACION PERSONAL
489979-BB7-PE

DATA NACIMIENTO
06/07/1976

PRACAO
ADELSON BARBOSA
MONTAÑE
RAQUEL DA COSTA
MONTAÑE

PERMISO
[] [] []

REGISTRO
01419967908

VALIDADEZ
06/02/2020

EXPIRACION
14/07/1994

Observaciones
Exercio Activo Retornado

ASSINATURA DEPORTADADO
[]

LOCAL
VANDERZA PE

DATA EMISSAO
21/02/2019

ASSINATURA DO PASSADADO
[]

4363181581
22064737616

1020179079

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída
nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
PAULISTA, 22 de maio de 2019, 08:08:14
Em testemunho, da verdade.
Karia Nascimento de Souza (Escrivente
Autorizada)

Emol: R\$ 3,00 Taxa: R\$ 1,19 Total: R\$ 4,19
Seio: 0077448.CZU05201802.00848 Válido
somente com o selo.



CARTÃO DE IDENTIDADE

Suzana D. F. R. Monclair




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	5.594.476	DATA DE EXPIÇÃO	04/04/2013
NOME	<< SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR >>		
FILIAÇÃO	<< HAROLD O DA SILVA FERREIRA >> << VAUSTIR ROSA DOS SANTOS >>		
NATURALIDADE	RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO	05/05/1978
DIG. ORIGEM	<< CC 3407 LB13 F 142 CART 80DIST RECIFE-PE-25.04.2007 >>		
CPF			

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA

Nº de Inscrição
027767624-02

Data do Nascimento
05/05/78



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015102452812
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 166428400 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

PAULISTA - PE

PLACA 796.210-144-87 PLACA KLI4469

CHASSI 9C2JC41209R114467

PLACA ANT. LIT. *****/PE

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / CIL. 29/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

60.11 0.32 60.43 06/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PAULISTA Roberto Gomes 01/08/19

Roberto Carlos Moreira Fontellaa

DIRETOR DE REG. EXPEDIENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015102452812 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA - PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/08/19

VIA 1 CPF / CNPJ 796.210.744-87 PLACA KLI4469

RENAVAM 166428400 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2009 COR TARJ. 09 Nº CHASSI 9C2JC41209R114467

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SERVIÇO PRÊMIO COTIZAÇÃO 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 06/05/19

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099260 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO HENRIQUE COSTA **Data do acidente:** 09/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
MONCLAIR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NOS ARCOS COSTAIS.
TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIRDATA DO ACIDENTE 09-10-2018 CPF DA VÍTIMA 796.210.744-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 5.594.476/SSS/PEASSINATURA Adriana D. E. R.Amor e paz.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079046/20

Vítima: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

CPF: 796.210.744-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/10/2018

Titular do CPF: FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR : 027.767.624-02

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

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR : 796.210.744-87

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: 04/03/2020
Nome: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
CPF: 796.210.744-87

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR		
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	4099979/SDS/PE.	CPF:	796.210.744-87
Endereço:	AV. DR. CLAUDIO J.G. LEITE, 2023, JANGA, PAULISTA, PE.		

OUTORGADO:

Nome:	SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR		
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	5594476/SDS/PE.	CPF:	027.767.624-02
Endereço:	AV. DR. CLAUDIO J.G. LEITE, 2023, AP 102, BLOQ JANGA - PE.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

RECIFE, 18 DE FEVEREIRO DE 2020

LOCAL E DATA:

[Assinatura manuscrita]



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTE DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE PAULISTA - PRAÇA DA CORREIÇÃO
 Av. Dr. Claudio José Gomes Filho, 2023 - Paulista - Janga - PE - CEP 55400-000
 Telefone: (011) 64960000 - Email: servente@cartoriopaulista.org.br

RECONHECER POR AUTENTICIDADE E IDENTIFICAR DO
FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
 que confere o poder de representação servente. Do. 18.
 PAULISTA, 18 de fevereiro de 2020.

Em testemunha de verdade,
 Kelly Amaral da Silva (1ª Tabelão Substituta)
 E-mail: R\$ 3,71 Taxa: R\$ 1,42 Total: R\$ 5,13
 Valida somente com o selo 0377448 1802232001 01812

Kelly Amaral da Silva
 Cartório Autenticidade com: www.tpe.com.br/registro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079046/20

Vítima: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

CPF: 796.210.744-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/10/2018

Titular do CPF: FLAVIO HENRIQUE COSTA
MONCLAIR

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

SUZANA DANIELLY FERREIRA ROSA MONCLAIR : 027.767.624-02

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

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR : 796.210.744-87

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: 04/03/2020
Nome: FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR
CPF: 796.210.744-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

FLAVIO HENRIQUE COSTA MONCLAIR

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges