
Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: **GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **104**

Agência: **000000916**

Conta: **000986382576-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040 601 734 44 4 - Nome completo da vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO 6 - CPF: 040 601 734 44
7 - Profissão: DOMESTICA 8 - Endereço: RUA FERREIRA GUERARDO 9 - Número: 437 10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTO ANTONIO 12 - Cidade: PALMARES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: ERICK.MOMMA2013@HO/MAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 9-9794-8833

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

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

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 986 38 2576 5

(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)

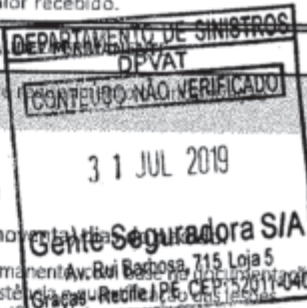
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação 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 (vairasor)? ☐ 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou afilhado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PALMARES-PE 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

CAIXA Malote Empresarial

Empresa 0916 956 35 2576 - 5

Responsável

Agência

Op.

Comercial

Cod. Ag.

Conta

Celular

109839603900007

↑

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DFVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 31 JUL 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

040 601 734 44

4 - Nome completo da vítima:

GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

7 - Profissão:

DOMESTICA

8 - Endereço:

RUA JERONIMO GONCALVES

11 - Bairro:

SANTO ANTONIO

12 - Cidade:

PALMARES

15 - E-mail:

EPICK.MONCA2013@HOTMAIL.COM

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 - 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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0916

CONTA: 986382576

AGÊNCIA:

CONTA:

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias. Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (mãe civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuva

24 - Data do dolo 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 (se houver)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital e/ou rubrica ou assinatura

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PALMARES-PE 10/07/2019

x

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 075ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA PRETA -
DP75ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0165000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/05/2019 às
12:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/5/2019 às 16:30

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGUA PRETA, 02, QUADRA 38;**
CASA Nº 02 - BUNDA DA EMA - Bairro: CENTRO - AGUA
PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RESIDENCIA (TERREA)**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR / VÍTIMA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)
DONO DA RESIDENCIA PAULO (OUTRO)
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DONO DA RESIDENCIA PAULO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO

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

GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA FERREIRA DE ARAUJO Pai: JOÃO FERREIRA DE ARAÚJO Data de Nascimento:
21/5/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4000128/SDS/PE (RG), 04060173444 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 991120070

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PALMARES, 347, RUA TENENTE EVERALDO - BAIRRO
DE SANTO ANTONIO - PROX. COLEGAIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO VIDAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZA
VIDAL DA SILVA Pai: ANISIO VIDAL DA SILVA Data de Nascimento: 13/12/1960 Naturalidade:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife / PE - CEP: 52011-040

AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1004073/SDS/PE (RG). 21675643416
(CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Telefones Celulares:
- 91378229

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 347, R. TEN EVERALDO - BAIRRO DE STº ANTONIO - PROX. COLEGIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DONO DA RESIDENCIA PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

AUTOR / VÍTIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA BIZ 125 HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO VIDAL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGQ5963** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **587250003** Chassi: **9C2JC4830ER003440**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

RESIDENCIA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

CONAPARECEU A ESTA DELEGACIA DE AGUA PRETA - PE, O SRº PAULO VIDAL DA SILVA NOTICIANDO QUE SUA ESPOSA GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO, NO DIA 07/05/19, POR VOLTA DAS 18:30HS, SE ENVOLVEU NUM ACIDENTE DE TRANSITO, OCASIÃO EM QUE A MESMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ, PLACA PGQ 5963, QUE ESTA VEIO A COLIDIR COM A LATERAL DA RESIDENCIA DE PAULO, QUE A RESIDENCIA ESTAVA DESOCUPADA; QUE, A VÍTIMA FORA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PALMARES - PE PELA EQUIPE DO SAMU E, POR SUA VEZ, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE; SENDO ALI CIRURGIADA NOS DOIS PUNHOS, QUE TAMBÉM MACHUCAU O SEU JOELHO DA PERNA ESQUERDA. INFORMA AINDA O NOTICIANTE QUE A MESMA NÃO POSSUE PERMISSÃO OU CNH PARA DIRIGIR REFERIDO VEICULO. NADA MAIS A REGISTRAR ENCERRA-SE PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)

B.O. registrado

EDMILSON PAULO AUGUSTO DA SILVA - Matrícula: 221760-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040 601 734 44 4 - Nome completo da vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO 6 - CPF: 040 601 734 44
7 - Profissão: DOMESTICA 8 - Endereço: RUA FERREIRA GUERARDO 9 - Número: 437 10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTO ANTONIO 12 - Cidade: PALMARES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: ERICK.MOMAZO13@HO/MAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 9-9794-8833

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

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

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 986 38 2576 5
(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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JUL 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Praça da República, PE CEP: 50111-900

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação 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 (vairasor)? ☐ 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PALMARES-PE 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

IMPRESSÃO DIGITAL

TESTEMUNHAS



192

SAMU ÁGUA PRETA-PE



Chegada ao Local 15:56 h
Saída ao Local 16:09 h
Hora da Conclusão 20:09 h
Saída do Hospital 20:10 h

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação 07/05/2019

Distrito: _____

Número da Ocorrência: 624869

Motivo / Solicitação: APH + RSCATE

☐ UTI☒ Básica☐ Helicóptero☒ VIA PÚBLICA☐ DOMICÍLIO☐ EVENTOS☐ OBSTÉTRICO☐ Clínico☒ Clínico☐ HANGAR☐ PSIQUIÁTRICO☐ Causas Externas☐ Causas Externas☐ METROPOLITANO☐ TROTE / CANCELADAS☐ ÓBITO☐ REMOÇÃO-senha: _____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

IDADE: 47 ANOS

SEXO: ☐ Masc. ☐ Fem. PROFISÃO: _____

FONE: () _____

END: NOVA AGUA PRETA QD 38 CASA 02

BAIRRO: _____

SOLICITANTE: DAXANE

FONE: () _____

END. Ocorr.: _____

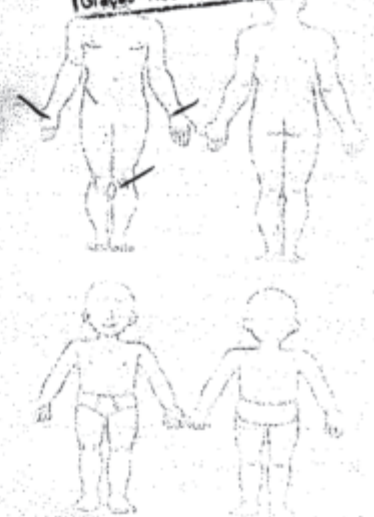
BAIRRO: _____

REFERÊNCIA: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

31 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

Acid. Automóvel ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Trás Ilho do Cint. ☐ SIM ☐ NÃO	Acid. Motocicleta ☒ Motociclista ☐ Passageiro Uso de Capacete ☐ SIM ☒ NÃO	Atropelamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. De Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto traseiro
Acid. Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão Placa: _____	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ An. Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros Agente Causador: _____	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo () 1º () 2º () 3º ☐ Fumaça ☐ Subst. Química
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo: _____ ☐ Arma Branca Tipo: _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: PACIENTE, EGR CONSCIENTE, ORIENTADA VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM FRATURA NOS MMSS E DORTELO ADEMACIADO, FOI MOBILIZADA E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA P/ O REGIONAL

AVALIAÇÃO CLÍNICAS

TEMPERATURA 36,3 Vias Aéreas FR: _____	GLICEMIA (HGT) 105 Pulso 94	☐ Agitação Psicomotora ☐ Desidratado ☐ Lesões de Face ☐ Ictérico ☐ Palidez ☐ Cor da Pele Anormal	☐ Sudorese ☐ Batimento Asa Nariz ☐ Cianose ☐ Deformidade Tórax ☐ Dispneia ☐ Distonia Fala/Choro	☐ Gemido/Estridor ☐ Obst. Das Vias Aéreas. ☐ Retração Xifoide ☐ Sibilos Expiratórios ☐ Tiragem Intercostal
RN; 33-50 <1 Ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-20	RN; 120-160 <1 Ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 90-100	Perfusão Periférica	☐ Boa ☐ Ruim	CIRCULAÇÃO PA: 170 / 100



192



SUS

Sistema
Unidade
de Saúde

EXAME NEUROLÓGICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	NATUREZA DA
☐ Alerta	☐ Déficit Motor	☒ Isocóricas	☐ Lesão Intra-abdominal	
☐ Resposta Verbal	☐ Desvio de comissura Labial	☐ Anisocóricas	☐ Lesões Intra-Tóraxica	
☐ Resp. Estímulo Dolar	☐ Dificuldade na Fala	☐ Midríase	☐ Presença / Sangue	
☐ Irresponsivo		☐ Miose	Fratura - Ossos Longos	
			☐ Aberta ☐ Fechada	

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA: OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea	4.	Orientado	5.	Obedece Comando	6.	15
Abertura Ocular a Voz	3.	Confuso	4.	Localiza Estimulo Doloroso	5.	
Abertura Ocular a Dor	2.	Resposta inapropriada	3.	Retirada ao Estimulo Doloroso	4.	
Sem abertura Ocular	1.	Sons Ininteligíveis	2.	Flexão Anormal (Decorticação)	3.	
		Sem Resposta Verbal	1.	Extensão Anormal (Descerebração)	2.	
				Sem Resposta Motora	1.	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secreções	Ventilação Mecânica	Outras Condutas: FOI VERIFICADO SSU + MOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL LOCAL
☐ Entubação Orotraqueal		
☐ Imobilização da Coluna Cervical	Modalidade: 100%	Intercorrências:
☐ Infusão de Fluidos	FIO 2: 100%	
☐ Reanimação Cardiopulmonar	Adaptação Ventilação	
☐ Imobilização de Membros	☐ Bem ☐ Mal	
() 2. ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Masc. c/ Reservatório		

USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

☐ Álcool	☐ Anfetamina	☐ Cocaína	☐ Cola	☐ Crack	☐ Maconha	☐ _____
Informante: ☐ A Própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar ☐ _____						
☐ Alteração de Humor	☐ Agitado / Irritado	☐ Desorientado	☐ Inconsciente	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica		
☐ Alteração de Marcha	☐ Agressivo	☐ Hálito Alcoólico	☐ Sonolento	Há _____ hs;		

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE HOSPITAL GERAL DA MS	☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante o Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
CHAVE, ENCAMINHADA P/ HOSPITAL REGIONAL PALMAS	
Registro do Hospital: _____	
Médico que Recebeu: Dr. Rubem B. Lobo	
Assinatura do Médico Responsável: Dr. Edgar V. Andrade	

EQUIPE

Médico Regulador: JANATSE	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: Edmar
Condutor /Piloto: FERNANDO	Op. De Frota/OEE: BEANIA
Função do Responsável pelo Preenchimento: _____	ASS: _____
SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO	
Obs. _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica	
Ass: _____	TESTEMUNHA:
ID: _____	Ass: _____
DATA _____ / _____ / _____	ID: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000986382576-5

Nr. da Autenticação 235207F4AC63905E

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PAULO VIDAL DA SILVA
CPF: 216.756.434-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TEN EVERALDO 347
STO ANTONIO PALMARES
55540-000 PALMARES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

151,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068336579

CONTA CONTRATO

001786852010

Nº DO CLIENTE

2003949233

Nº DA INSTALAÇÃO

0892210190

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F268.602D.40D9.1C0E.257B.23D3.4B05.DEEB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,09	0,78063095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,01
Multa por atraso-NF 060754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 060754860 - 07/05/19			0,84
Atualização IGPM-NF 060754860 - 07/05/19			0,37
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
133,90	25,00	33,47	133,90	0,82	1,09	133,90	3,81	5,10

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resto	Valor
12/06/19	05/07/19	170,40

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento pendente por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como incluído nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933090

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
JUL 19	171
JUN 19	197
MAI 19	146
ABR 19	157
MAR 19	163
FEV 19	149
JAN 19	163
DEZ 18	157
NOV 18	164
OCT 18	190
SET 18	127
AGO 18	128
JUL 18	152

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	43,99	32,65
Transmissão	4,83	3,01
Distribuição (Cabo)	38,39	21,88
Energias Setoriais	1,88	5,15
Tributos	39,06	29,02
Perdas de Energia	0,23	0,19
TOTAL	133,90	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
L96350	CAT	05/06/2019	38.742,00	05/07/2019	38.913,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PALMARES	0,00	6,91	11,82	23,54
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,48	6,97	13,93
OMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,46	0,00	0,00
OCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Linha DICRI: 12,22
OCSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 51,02					

Consumidor pode solicitar a suspensão das leituras de DIC, FIC, OMIC e OCRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! far mania: palmares santo onofre / supermercado far doce far: rua quadra z 23
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(a.m)(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001786852010	07/2019	151,88	12/07/2019	

838000000017 518800110018 786852010100 141223979639



Evite dobrar este canhoto.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

LIGERSON AGOSTINHO DA SILVA
CPF: 532.402.184-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CEL AUSTRIJCLING 797 A

CENTRO/PALMARES
55540-000 PALMARES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cuipe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
13/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
111,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
06/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
06/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
060538028

CONTA CONTRATO
007013980068

Nº DO CLIENTE
2090102750

Nº DA INSTALAÇÃO
0032181517

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7E97.BDAF.35F3.E2EA.DC86.DF7C.4B5B.FEF5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)			
Acréscimo Bandeira AMARELA	124,00	0,77107454	95,71
Contrib. Alum. Pública Municipal			0,33
Multa por atraso-NF 053031338 - 08/03/19			4,84
Juros por atraso-NF 053031338 - 08/03/19			4,20
Atualização IGPM-NF 053031338 - 08/03/19			2,43
			3,61
TOTAL DA FATURA			111,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
96,84	25,90	24,91	96,84	1,16	1,11	96,84	5,37	5,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
CÓDIGO DO IDROR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MÊS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
50979	CAT	04/04/2019	55.843,00	05/05/2019	56.767,00	32	1,00000	0,00	124,00

PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2014

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

o ponto mais perto de você: Carlos Roberto Barreto da Mata: F coronel austriânico 673 contra /
lada empresarial lida a: av frei canoca
de deturba e bandula em vigor é a Anarale. Mais informações em www.anuak.gov.br
ir de 28/94, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão
le para Alto Tensão-REN 2.035/94
ite é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de forma
em atraso para multa 2% (Res414/ANEELE), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária n
ite é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento n
o de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de f
lo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ADULT

A CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
M3960068	05/2018	111,20	13/05/2018

838400000014 112000110078 013980068101 139751562434

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Valor	De R\$	Para R\$
1104/19	05/05/19	105,00

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso o suposto do furtivamente perdat por dois dígitos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento da conta, podendo também existir cobrança conforme as condições do Art. 30 REN 414/Anual. Podem ocorrer ações da Titular Anãncia.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (KWh) 0.52853254

composição de gás:

	R\$	%
Produção de Energia	29,41	30,6
Transmissão	4,35	4,63
Distribuição (Cabo)	20,35	21,2
Setores	5,24	5,46
Perdas	38,27	39,92
Preços de Energia	8,41	8,87
TOTAL	96,03	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

MAY	19		KW08
APR	19		124
MAR	19		211
FEB	19		285
JAN	19		161
DEC	18		240
NOV	18		226
OCT	18		163
SET	18		169
AGO	18		169
JUL	18		132
JUN	18		
MAY	18		

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

[illegible]

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

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)
Capitals 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 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 ERICK MOURA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019739214-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.601.734 44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040601734 44, conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, apresentar documentação comprobatória:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresentar documentação comprobatória:

☒ Recuso Informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará a aplicação das penas previstas no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Cle. Assisclínio</u>	Número: <u>797</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>PALMARES</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55540-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: PALMARES - PE 10/07/2019

Erick Moura dos Santos
Assinatura do Declarante

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

Eu, PAULO VIDAL DA SILVA

RG nº 1994073, data de expedição 1/1/

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 216.756.434-15

com domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA FERREIRA EVARISTO, SANTO ANTONIO, nº 347

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

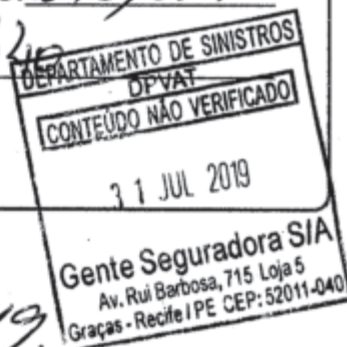
GENILVA FERREIRA DE ARAUJO, cujo o condutor era

GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: B12 125 EX Ano: 2013/2014

Placa: PGQ 5963 Chassi: 9C2J4830ER00342

Data do Acidente: 07/05/19



Local e Data: PALMARES-PE 22/05/2019

FIRMA
RECONHECIDA

Paulo Vidal da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES- PE

Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA

Telefone: (81) 36610-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: PAULO VIDAL
DA SILVA. Palmars-PE, em _____ José Edmilson
Figueiredo de Leão - Tabelião Substituto. Emol. R\$
3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

Selo: 0077560.FEQ05201902.00250 22/05/2019 10:56:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Data do Atendimento: 07/05/2019 Hora: 17:34:20 PRONTUÁRIO: 89903
 No. Atendimento: 861564 Urgência / Emergência Colaborador: ANA L. SILVA
 Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CDS: 0085029895037

Nome: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO Sexo: F
 Data de Nascimento: 21/03/1971 Idade: 47 Anos 11 Meses e 16 Dias
 País ou responsável: MARIA FERREIRA DE ARAUJO JOAO FERREIRA DE ARAUJO
 Endereço: RUA TENENTE EVERALDO, 347 CASA SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - 55540-000
 Cidade: PALMARES Tel.: 8191370229 8138617788 Hora do Atendimento:

Queixa Principal: *Atrofia muscular de ambas as pernas desde o parto e para cima até a cintura, piora progressiva, dificuldade para andar, tensão na barriga.*

Exame Físico: A: Geral via aérea está patenta? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: *36,5*
 B: Respiratório: *normal*
 C: Circulatório: *normal*

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular: 3 Glasgow: Resposta Verbal: 5 Glasgow: Resposta Motora: 5

Exame: *15* Hora: *15* Escala: *15* Hora: *15* Escala: *15*
 E: Abdome: *normal*

Diagnóstico Inicial: *Atrofia muscular de ambas as pernas*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos: *Medicamento: 100mg 3x8*
100mg 3x8

Queixa Principal Rotulada a Classificação do Risco: *Acidente de moto politraumatizada e dores nos flancos*
 ACIDENTE DE MOTO POLITRAUMATIZADA E DORES NOS FLANCOS

Alergia: *sem*

Observação: *NEGA ALERGIA*

Evolução da Enfermagem: *sem*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
 11 JUL 2019
 Gente Seguradora S/A
 Rua Barbosa, 715 Loja 5
 CEP: 52011-040

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
 FUNDACAO BARCEL
 Arquidocel Oliveira
 Coordenador de Faturamento
 Tel: 082408
 CONFERE COM O ORIGINAL
 31/05/19

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Intermediária () Alta para casa
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 Condição do Paciente () Anestesiado () Intubado () Piorado

Regis

Nome: *Francisco Flávio de Souza* Idade: *70 anos*
Data de Nascimento: *10/05/1945* Estado: *PE* C.E.: *123456789*
Pais do Responsável: *Francisco Flávio de Souza*
Endereço: *Av. ...*
Cidade: *Recife* Tel.: *...* Hora de Atendimento: *...*

DESTINO DO PACIENTE: *Unip. ...* SENHA: *...*

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: *Problema U. ...*

EXAME FÍSICO: *...*

DROGAS ADMINISTRADAS: *...*

EXAMES COMPLEMENTARES: *...*

HD: *...*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: *...*

DATA: *...*

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
FUNDAÇÃO MARCEL DA SILVA ALMEIDA
Arquidóvel Oliveira
Coordenador de Faturamento
Mat. 002409
CONFERE COM O ORIGINAL
31.105.115

Assinatura e Carimbo do Médico

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

REGISTRO: 116324 IDADE: 47 DATA ADMISSÃO: 08/05/2019 DATA ALTA: 09/05/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA RADIO DISTAL direito E ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM FIO KIRSCHINER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

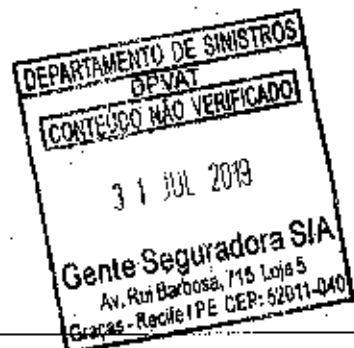
2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 20/05/2019
Não () de 06:30 às 09:00

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE OU NO
AMBULATORIO DO ESTADO DE ORIGEM

(LIVRO)

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abultrau
Médico CREA-PE 27775
03 MAI 2019

FICHA CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente: GÊNILVA FERREIRA DE ARAÚJO

Prontuário: 116324

Data do Nascimento: 21/05/1971

Idade: 47 anos

Sexo: FEMININO

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUM/ Leito: LEITO 09

Atendimento do Paciente: 498732

Data e Hora de Internação: 08/05/2019 01:16

Diagnóstico(s) definitivo(s): FRAQ. RADIO DISTAL D E C

Procedimentos de risco realizados

☐ Intubação

☐ Assistência Ventilatória

☐ Traqueostomia

☐ Punção venosa central

☒ Punção venosa periférica

☐ Dissecção venosa

☐ Cateterismo vesical

☐ Nutrição Parenteral

☐ Cateterismo arterial

☐ Outros

Cirurgias realizadas

OSTEOSINTESE CL. FICK

Classificação

(L)

Classificação

Classificação: (L) Limpa (P) Potencialmente contaminada (C) Contaminada (I) Infectada

Infecção: ☒ Não ☐ Sim ☐ Comunitária ☐ Hospitalar ☐ Ambas

Localização topográfica da infecção:

☐ Respiratória

☐ Urinária

☐ Septicemia

☐ Gastrointestinal

☐ Ferida cirúrgica

☐ Cutânea não cirúrgica

☐ Genital

☐ Otorrinolaringológica

☐ Corrente Sanguínea

☐ Flebite

☐ Cardiovascular

☐ Oftálmica

☐ Óssea

☐ Articular

☐ Outros

Uso de antimicrobiano: ☐ Não ☒ Sim ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Antimicrobiano Utilizado:

CEFAZOLINA

Culturas: ☒ Não ☐ Sim

Tipos

Resultados

Saída Hospitalar: ☒ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito

Data: 09/05/2019

Dr. Igor Abulhab
Médico Infectologista

09 MAIO 2019

Cabo de Santo Agostinho, 1/1/1

Assinatura e carimbo do médico responsável

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 498732
Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Data e Hora do Atendimento: 08/05/2019 01:16
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Prontuário: 116324

Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Nascimento: 21/05/1971

Idade: 47 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG: 4000128

SDS PE Data Emissão: 08/08/2008

CPF: 04060173444

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: AGUA PRETA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708005372238429

Ocupação Habitual: DO LAR

Endereço: RUA TENENTE EVERALDO

37 CENTRO

Cidade: PALMARES

PE

CEP: 55540970

Fone: 91370229

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM PALMARES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 09

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 08/05/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

MEIOCRAMA

Diagnóstico:

FRACT. DO RADIO DISTAL

DIREITO + ESQUERDO

Procedimento:

OSTEOSINTESE CL. FICIL

Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM PE 27726

Alta em: 03 / 05 / 2019

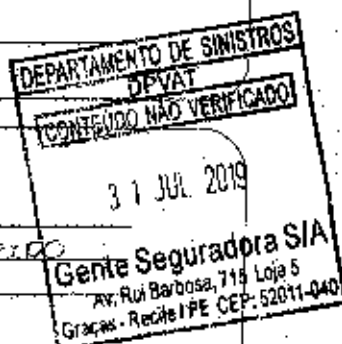
Hora: 12:00h

Médico e C.R.M.:

09 MAIO 2019

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:



Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Solange Lira
Faturamento / SAME
Em: 10 MAIO 2019
Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM PE 27726
09 MAIO 2019



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 498726

Senha da Classificação:

0001

Data e Hora: 08/05/2019 00:49

Paciente: 116324 GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 21/05/1971 Idade: 47 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: UACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA TENENTE EVERALDO

-- BAIRRO SANTO AI 37

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: PALMARES

PE

Usuário Atendimento: MICHELL INESM

RG (Identidade): 4000128

SDS PE

Data de Emissão: 08/08/2008

Fone: 91370229

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04060173444

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS: 708005372238429

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma e dor D e E, há 01 dia. Queixa de dor.

Exame Físico

27 anos, estatura 1,70 m e limitação de ADM das pernas D e E.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de rádio distal D e E.

Conduta Terapêutica

Internar

Prescrição Médica

Vinicius S. Coulo
Ortopedista - Traumatologia
CRM: 17726

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Nome do Paciente: _____

404528 P. Cardozo 869251

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/05/2019 00:20

Nome Paciente: GENILDA FERREIRA DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/05/1971
Sexo: Feminino
Idade: 47
Senha: 0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/05/2019 00:41 - 08/05/2019 00:44

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DE HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO E DEFORMIDADE DE ANTEBRAÇO DIREITO, ESQUERDO E MMII.
SENHA: 5677749

SPO2:98

FC:87

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/05/2019 00:44

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Genilva Ferreira de Araújo Registro: 12.632 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

Paciente portadora de acidente motor-
clítico com trauma em membro D e E há
03 dia

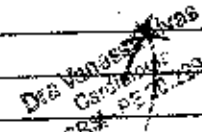
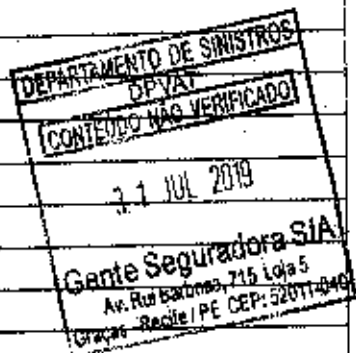
Interrogatório Sintomatológico:

Don

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gláucia Fereira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Evolution
	CONTINUAÇÃO
	# CONTINUAÇÃO:
	Lab (08/05) → $Ca = 0,76$ $Hb = 13$ $Ht = 40$ $V1 = 32$
	Chem. 11900 $Plaq = 265000$ $INR = 1,01$
	ECG → Ritmo Sinusal, regular, sem alterações agudas.
	CD Paciente apta do ponto de vista cardiovascular p/ realização do procedimento proposto com risco cardiovascular baixo (baseado em algoritmo de ACP).
	 Dra. Vanessa Alves Cardiologista CRM 057023
	 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 31 JUL 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Lda 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



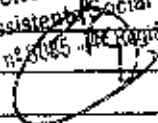
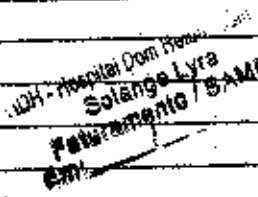
**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genilva Ferreira Registro: 116324

Clinica: _____ Enfermaria: 406 Leito: 02

Data/Hora	
09/05/19	# Serviço Social # Realizado atendimento ao esposo da paciente, presta da orientações pós-alta e sobre seguro DPVAT, elaboração encaminhamento para TFD.
	 Ana Clécia do Nascimento Assistente Social CRESS nº 5085 - Arapiraca/PE
	 Hospital Dom Bosco Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Genilva Ferreira de Araújo data: 10/05/12 Hora: 7:40 Registro: 1146324
Leito de origem: 106-08

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: FFO En. Fratura de Rádio Distal
Tipo de anestesia: Bloquio + Sedação
Equipe: Dr. Campa Anestesista: Dr. Graça

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 206 x 110 mmHg FR: — p/min FC: 86 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>192/112</u>	<u>194 x 103</u>	<u>193/93</u>	<u>194/88</u>	<u>195/95</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>83</u>	<u>88</u>	<u>80</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>93%</u>	<u>92%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: (☒) Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 08/10/13 Horário: 10h Responsável pelo encaminhamento: _____
Cirurgião: _____ Anestesiologista: _____
COP: 043.143.884-10

Alta da SRPA pelo médico: _____

COD. 38338

devem ser assinado

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

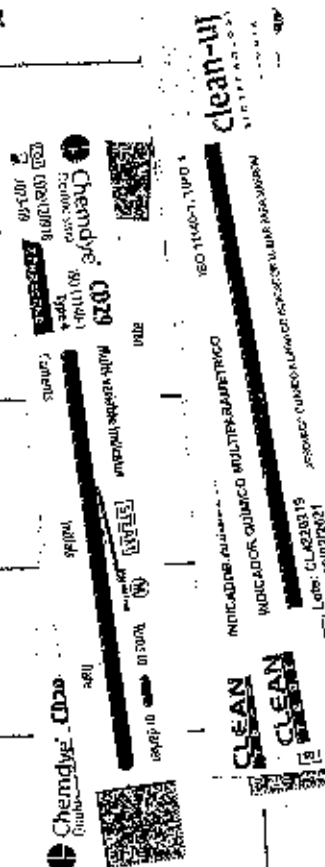
1. Identificação

Nome: Genilva Ferreira de Araújo Data: 08/05/19 Registro: 146324
Convênio: 913 Leito: _____ Hora: 16:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo 1º auxiliar: Dr. Bruno Dalto
Anestesista: Dr. Graça Instrumentador: Rafaela
Circulante: Willian

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap		
Capote		
Punho de furo		
Boxas MMSS		
Boxas Anestesia		
Ricordinho		
Jo K 2.0		
Aladures		
Motor Broca		



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 19/08/19

Nº PRONTUÁRIO: 116324

NOME DO PACIENTE: Genir A. Rizzo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

Fim d Rob PU
Batido a juo

OBS.:

Nº DIAS

30 h

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: BRUNO FERREIRA Data: 08/05/19 Hora: 16:30 Registro: 210324
Sobrenome: FERREIRA Letto: 513 Altura: 1,75

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Henrique Anestesiologista: Dr. Rafael
Auxiliar: Dr. Bruno Instrumentador: Dr. Rafael

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura de Rádio Distal Início: 18:00 Término: 18:40
Anestesia: Bloqueio de Sedação Início: 17:25 Término: 18:40

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Coma
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☐ Consciente ☐ Sonolento
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
☐ Não

Tricotomia: Chegar no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐
Laboratório ☐ Radiologia ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue ☐ Pega Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Monitor Cardíaco ☒	PNI ☒	Bomba CEC ☐	Aspirador ☐
Bisturi Ultrassônico ☐	Artroscópio ☐	Microscópio ☐	Capnógrafo ☐
Local da Placa ☐	Intensificador ☐	Nº ☐	
Difusor ☐			
Bomba de Infusão ☐			
Ap. Vídeo ☐	Início ☐ Término ☐		
Oxigênio ☐	Início ☐ Término ☐		
Protóxido ☐	Início ☐ Término ☐		
Gás Carbônico ☐			

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ☐ Não ☒	Punção Venosa: Sim ☐ Não ☒
Sonda Vesical de Demora: Sim ☐ Não ☒	Sonda Gástrica: Sim ☐ Não ☒
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒	
Cirúrgico (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia Geral
CIRURGIA: Fratura de Rádio Distal

6 - OBSERVAÇÕES:

Evolution of patient's condition during surgery.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO:

Paciente: Acordado Narcose ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐
Enfermeiro para: SRPA S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Ap^o ☐ Residência ☐

Data: 08/05/19 Hora: 18:40 Enfermeiro: [Assinatura] Circulante: [Assinatura]



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA:

RG:

ENTE
IRGIA
STESI
IRGIA
RUMI
CULAN
ERME

AUXILIARY

ANESTHESIA:

COORDENAÇÃO DO BLOCO:

COREN3

HORARIO INICIAL:

FORARIO FINAL:

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
DIOPLEGICA	STIMULEX	RAQU 25	RAQU 27

STADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS

CANALAS			
TRAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
TRAQUEOST 9.0			

CATETER

CATERGORY			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUSCLAVIA 18
RIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 13	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LAMPADORES

COMPARISONS			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
---------	--------	---------	-------------

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	F/SANGUE	P/SORO MACRO
-------	------------	----------	--------------

EXTENSORES

25CM	40CM	50CM	120CM
------	------	------	-------

LAMINAS

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LEWIS

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
----------	----------	----------	----------

SERINGAS

1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

VENTIL. CIRUR.	P5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
OLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GATES	GELFOAN
KIT CIRURG.CO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANSF. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRÉNOIS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FLOS CIRÚRGICOS

FIOZ CIRURGICAIS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSEO	WARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JUL 2019

Seguradora S/A

Rua ... 116 Loja 5

CNPJ: 07.801.140/0001-00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.000.128 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2008

NOME << GENILVA FERREIRA DE ARAUJO >>

FRANCO << JOÃO FERREIRA DE ARAUJO >>
<< MARIA FERREIRA DE ARAUJO >>

NATURA/IDADE ÁGUA PRETA - PE DATA DE NASCIMENTO 21/05/1971

DOS ORIGEM << CN.11544 L.32 F.115 CART.JOAOQUIM NABUCO-PE 21.11.1987 >>

CPE 040.601.734-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Genilva Ferreira de Araújo

202 R02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA SAUDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVENCAO DE ACIDENTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVENCAO DE ACIDENTES

ERICK MOIRA DOS SANTOS

RG IDENTIDADE LONG. EMissor: 3748956 SSP PE

019.739.214-80 DATA NASCIMENTO: 15/07/1975

RELACAO
ANTONIO MARQUES DOS SA
NTOS
SILVANETE MOIRA DOS SA
NTOS

Nº REGISTRO: 01575903752 VALIDADE: 16/12/2022 HABILITACAO: 11/12/2000

OBSERVAÇÕES

LOCAL: PALMARES, PE

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSAO: 23/01/2014

ASSINATURA DO SEGURO: 57269454680 72084155194

PERAMBUCO

1561028738

PROIBIDO PLASTIFICAR

1561028738

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485107244
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 587250003 RNTTC 2019 EXERCÍCIO

PAULO VIDAL DA SILVA

PALMARES-PE

216.756.434-15

PLACA ANTI-UF 96220483000009440

ESPECÍFICO

FAZ / MOTONETA

MONDA / BIZ 125 EX

2E / 124CL

1 P IVA 2019 QUITADO

80.11

SEM RESERVA

PALMARES-PE

22/03/19

22/03/19

22/03/19

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 014485107244 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO VIDAL DA SILVA

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

PALMARES-PE

216.756.434-15

PLACA ANTI-UF 96220483000009440

ESPECÍFICO

FAZ / MOTONETA

MONDA / BIZ 125 EX

2E / 124CL

1 P IVA 2019 QUITADO

80.11

SEM RESERVA

PALMARES-PE

22/03/19

22/03/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.238.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

31 JUL 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5

Gracas - Recife / PE CEP: 52011-400

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456299 **Cidade:** Água Preta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito e esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame: apresenta edema residual e redução severa da amplitude de movimentos do punho direito e esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner e fisioterapia, evoluindo com deformidade em flexão e limitação funcional de ambos os punhos, recebendo alta médica em 25/09/2019 (sic)

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190456299**

Nome do(a) Examinado(a): **GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA TENENTE EVERALDO, 437 - SANTO ANTONIO - Palmares - PE - CEP 55540-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4000128**

Data e local do acidente: [**07/05/2019**] **Água Preta**

Data e local do exame: [**27/09/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do rádio direito e esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: apresenta edema residual e redução severa da amplitude de movimentos do punho direito e esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner e fisioterapia, evoluindo com deformidade em flexão e limitação funcional de ambos os punhos, recebendo alta médica em 25/09/2019 (sic)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: CASADA

Profissão: DOMESTICA

Identidade: 4.000.128

CPF: 040.601.734-44

Endereço: RUA FERNÃO CUNHA, 437, SANTO ANTONIO, PALMARES-PE

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956

CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Palmares-PE, 23/05/19
Local e data

Genilva F. de Araujo
Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES - PE
Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81) 36520-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de GENILVA FERREIRA DE ARAUJO, Palmares-PE, em 23/05/2019, José Edmilson Figueiredo de Leão - Tabelião Substituto.

Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

Selo: 0077560.OAW05201902.00359 23/05/2019 08:12:07
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260397/19

Número do Sinistro: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 040.601.734-44

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GENILVA FERREIRA DE ARAUJO : 040.601.734-44

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

ERICK MOURA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos