

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SE

PACIENTE

IDADE

SEXO

TÉL

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14	20:00	Paciente encontra-se no fundo, desidratado, edema, orientado, orientado em seu devido tempo, acompanhado de TA 36.3° milen. Apesar os sintomas clássicos, febre, eupneia, cianose, normotensão, cérebro e glândula pituitária funcionais presentes. Sem Gêneros a recorrer àquele caso devido à aguda					10 70
15	23hs	Administrado preparado de horário conforme prescrição médica que seja fevereiro					
16	24 hs.	Administrado diurético e refogal de horário conforme prescrição médica					
17	01 hs	Administrado Tramal 100 mg conforme prescrição que seja fevereiro					
18	02h	Administrado Gentamicin 800 mg conforme prescrição					
	06h	Administrado Refogal 1g e diurético conforme prescrição					
	09 h	Administrado medicação de horário conforme prescrita Tramal 100 mg → José Fernando					
	10 h	Administrado Conforme Prescrita José Fernando					
	10hs	Paciente no leito, acalmado paciente por família, TA 36.3° calma, consciente, orientado reorientado, edema, cianose, abdomen flácido, ruídos dear a palpácia, dureza presente, reflexos ausentes ausculta de AP e RST, ausí- lito afebril, respiração quiccos nos momentos	30				50
	11 h	Administrado Gentamicin 240 mg → José Fernando					
	12	Administrado Keflin Conforme Prescrita José Fernando					

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

BETOR:

LEITO:

PACIENTE

Almir Soárez Souza Jr.

IDADE:

SEXO:

REG.:

DATA

14/01/18

HISTÓRICO

OTRASCA

Patr. ntm de Aramez  
fiebre dura com febre cr  
mt. Causas da febre  
de Ovar + Uter + Endometrio  
+ Senva em m<sup>o</sup> (P)  
fimbra + fme + diarrea  
+ perda sanguinea com consti  
de alvo nasal.

Cj: Inter pax abr

Rafael Gonçalves  
Podologia e Traumatologia  
RA 23472 / CRM-SE 4707  
TEOT 503

(em tpa) usigaltda  
de brm II Mrc e  
mro (P)

Indicar o te  
mp função.

# HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BUSCA ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO | <input type="checkbox"/> SAMU                 | <input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIRO |
| <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA       | <input type="checkbox"/> GESTANTE       | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO |  |

Duração da Oeixa:  Agudo  Crônico:

Alergias:  Sim  Não. Qual?

História Pregressa:  DM  Cardiopatias  
 HAS  Etilista  Tabagista



Sinais Vitais:							Escala de Coma de Glasgow:		
FC (lpm)	FR (lpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório			Sistema Cardiovascular		
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipertensão		
Orientado	Desorientado	Oriopneia	Hemopásse	Hipotensão			
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secréção	Dor Torácica			
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina			
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rátmico			
Anisocoria	Miose			Taquicárdico			

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário			Sistema Digestivo		
Flácido	Hematemese	Anúria	Macrúria	Sedimentos	Artrite		
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Gerviculogia		
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Esplenomegalia		
Pirose		Disúria	Priapismo		Embaré		
Diarreia		Bexigismo	Límpido e Claro		Abdome		
Rígido		Diurese Concentrada	+ -		Peritonite		

Uso de Medicação:  Não  Sim  
Qual?

Especialidade:

Clinico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermeiro

Classificação de Risco

Azul Verde Amarelo Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

11/05

Evolução de Enfermagem

De Ontopédico + Pediátrico de Trauma e  
Pediátrico. Aoeira: lesão óssea contida?  
Nº: f2 exame de mao (E)

Co. do cl. Dr

Luiz Gonçalves  
Traumatologista  
CRM-SE 4601  
26472 / CRM-SE 4634

EVOLUÇÃO  
ENFERMAGEM

## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

1710

PACIENT

Edmunds Bonfire

1000

SEXO

880

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
15/01/18	18h	Administrado Keflin					
15/01/18	20h	Corpo emagrecido, paciente com dor abdominal, febre, fadiga, constipação, febre, temperatura de 38,5°C, pressão arterial de 128x70, fator 376, glicose 166 mg/dL, urina positiva para glucose e proteinuria, fator 376, glicose 166 mg/dL.					
15/01/18	22h	Adm. Keflin 1g de dororino conforme protocolo.					
16/01/18	02h	Adm. diurético TV + Glucos.					
16/01/18	06h	Administrado Keflin de dororino e paracetamol. AE (fator 4900) ISS					
16/01/18	10	Adm. megacefalo de dororino conforme protocolo profissional.					
16/01/18	11h	Adm. de cetonúria, TV de hidroclorotiazida 10mg + Keflin, TV de hidroclorotiazida 10mg + Keflin.					
16/01/18	12h	Febre de 38,5°C + Keflin, TV de hidroclorotiazida 10mg + Keflin.					
16/01/18	14h	Paciente no leito edema, confuso, ciente do seu quadro, emagrecido, pressão arterial de 120x70 mmHg, temperatura de 38,5°C, fator 376, glicose 166 mg/dL, urina positiva para glucose e proteinuria, fator 376, glicose 166 mg/dL.					
16/01/18	18h00	Paciente agitado de cefaleia + febre, temperatura de 37,3°C, urina positiva para glucose e proteinuria + Keflin.					
16/01/18	20:00	Paciente no leito edema, confuso, ciente, orientado, verbalizando em uso de seroterapia, apneico, acicatérico, fadiga, dor nas articulações, dor nas costas, dor nas costas, dor nas costas.					
17/01/18	01						
17/01/18	02						

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

REG.:

DATA

## HISTÓRICO

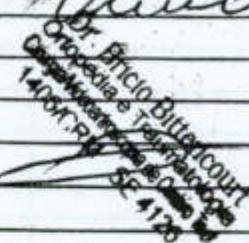
25/01/11

1º DPO gesso exposto braço

R.R. 006

*(P)*

Pact. bem S/comp



Dr. Leonardo Passos Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 4288 TECOT 14309

*(P)* Pedro profissional de  
judo (ofício) jiu-jitsu

*(P)* 878

16/01/118 # 02 GPEVA #

2º D.P.O - FIXAÇÃO EXTERNA EM SIMETRICO  
(FAAT, MA E X POSTA + USO DE MÉTODOS ADICIONAIS)  
# EM USO DE A.T.B.

→ OMS-DS: ① DENTALGES

② PTERICA S/comp.

Dr. Leonardo Passos Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 4288 TECOT 14309

17/01

2º DPO FEST. DIAS- UNHOAEP.  
MOVIMENTOS DP EXPANSÃO DO  
PUNHO E DEDOS MÍDIO,  
REAGIR À DISTENSÃO  
DAS MUSCULATURAS

Dr. Leonardo Passos Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 4288 TECOT 14309

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO: E-2

PACIENTE:

Edemilson Bomfim dos Santos

IDADE: 44

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14	11:30	Paciente deu entrada. nesse					
01		último em uso de marca, fará					
18		submette-se a cirurgia exposta					
		de craturne de Urtiga "E" nas					
		luidades de Dr. Venâncio + Dr. Ribeiro.					
		Paciente consciente,					
		Orientado realizando moni-					
		tozagem fumantes. Minas 78					
	11:08	Administração do anestesico sob.	160	96%			
		bloqueio de ilíaco + sedação	80				
		nas luidades de Dr. Mariano					
		sem intercorrências.					
		Realizado anti-sepsic. etanido 90					
	11:30	Sf 0,9%. Todo inicio das	170	100%			
		ato cirúrgico paciente sob. anes-	93				
		stes. Paciente esternal segu-					
		em trans operatório sem intol. - 79					
		reveras ate o momento.	123	100%			
	12:30	Momento do ato cirúrgico reali-	85				
		sado suture + ferotomia paciente					
		acordado encomendado P/SRPA					
		segui as luidades de					
		equipe.					
	14:30	Paciente encaminhado P/Enfermagem					
	14:35	Paciente agitado p/ta feita diluição					
		angulo, parente do C. En uso					
		de marco, Alfaferrodo, Sandoz acom-					
		dado em infusão, em uso d'AVP					
		em fSD, ferida extensão MSE, um					
		hiperuso, momento se queixos, que					
		as cuidados da enfermagem. p/ta 13226)					
	17:00	Administrada medicação tromet-					
		am. de horario conforme a orienta-					
		ção medico					
	18:00	Administrado medicação duplo					
		na, etazol + g. av. de horario					
		conforme a orientação medico					



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Edemilson Bonfim dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: sóltiero  
Profissão: Educador Físico  
Identidade: 1168255 CPF: 751 624 965-68  
Endereço: Rua Centro e nraento e dois, 412  
Bairro: Centro Cidade: Maringá - Paraná  
Estado: Sergipe CEP: 49160-000  
Outorgado:

**JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Edemilson Bonfim dos

Local: Aracaju UFs: SE Data: 18 de maio de 2018.

Lidemir Bonfim dos  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)  
(Reconhecer firma por autenticidade)

 **Pierele**

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
FAROLÃO - DANIEL PEREIRA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:  
Edemilson Bonfim dos Santos  
Selo TSE: 201829527110734

Acesso: <http://www.tse.jus.br/x/8042012>  
Aracaju, 18/05/2018 17:06:21 25575

Jessica Cavalcanti Simões - Escrevente Autorizada  
Email: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FER: R\$1,43 Total: R\$8,54



28 MAI 2018  
**SABEMI SEGURADORA S/A**  
**RECEBIDO**

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 495890

DATA: 14/01/2018 HORA: 10:14 USUARIO: JFSANTOS  
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		
NOME	EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS	DOC...: 00.
IDADE	44 ANOS	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO	AV COLETORA	NUMERO: 283
COMPLEMENTO	CASA	
MUNICIPIO	ARACAJU	BAIRRO: CENTRO
UF:	SE	CEP...: 49000-
NOME PAI/MAE	JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS /ARISTER DE FARIAS	
RESPONSAVEL	AMIGA ALINE	TEL...: 000
PROCEDENCIA	ARACAJU - CAPITAL	
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO	
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de colisão entre moto e automóvel. Neg. desmaio em momento anterior ao acidente, s/ sangramento clínico. Encurtamento + f. exp. de unha.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Mobilização quirúrgica e sensibilidade preservada.  
Grande lesão das partes moles.

DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO	
SABEMI SEGURADORA S/A	
28 MAI	2018
RECEBIDO	10:25
	Silvaneide S. Santana Aux. de Enfermagem CRM-SE 575422

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

HORA DA SAIDA: :  
[ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

Dr. Rodrigo Pires S. Lima  
Cirurgia Geral  
CRM-SE 5200

[ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Silvaneide S. Santana

Dr. Rodrigo Pires S. Lima  
Cirurgia Geral  
CRM-SE 5200

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Silvaneide S. Santana

Adriana Dantas Gomes  
Téc. de Radiologia  
CRTR nº 003847643 610  
605 679

**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: 3180246559  
Nome do(a) Examinado(a): Edemilson Bomfim dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cento e Noventa e Dois, 42  
Centro Nossa Senhora do Socorro SE CEP: 49160-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 116 825 5  
Data local do acidente: [ 14/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 15/08/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE MEDIAL DO ÚMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL À ESQUERDA.**

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

**Tratamento:** O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DE UMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS.

**Complicações:** PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO

Data da Alta:

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PERICIADO EM USO DE TIPÓIA TIPO AMERICANA, APÓS RETIRADA OBSERVAMOS FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO AUSENTE, CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE LATERAL DO BRAÇO, DOR E PARÉSTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.**

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

**(X) Sim** ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim** ( ) Não

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

**PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR 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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otávio Nascimento Júnior*  
Manoel Otávio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1827



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.624.965-68

Nome completo da vítima

Ede milton somfim dos contos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ede milton somfim dos contos	711.624.965-68	Educador Física
Endereço	Número	Complemento
Rua Centro e noventa e dois	12	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Mato Grosso do Sul	Mato Grosso
Email	CEP	Telefone (DDD)
	29160-000	(31) 3222-0812

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00                   |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO.   
AGÊNCIA NRO.  D/V CONTA NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Ede milton somfim dos contos*  
Local e Data  
Jacagi-SE, 22 de maio de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS**

**Sinistro:** **3180246559**

**Vítima:** **EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS**

**Data do Acidente:** **14/01/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180246559** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS**  
Nº Sinistro: **3180246559**  
Vitima: **EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **14/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246559**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**