

HOSPITAL	Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	SE	
PACIENTE		IDADE	SEXO

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14 01 18	20:00	Paciente encosta-se no leito, acordado, corado, orientado, verbalizado, em uso de soro-terapia, acompanhado de 10-36,3°C muito, febre, os sinais vitais, febril, eufórico, normotenso, saturação arterial, perfusão, funções fisiológicas presentes, sem queixas, a relação que os cuidados da equipe voluntária					110 70
	23hs	Administrado paracetamol de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
15 01 18	24hs	Administrado dipirona e Reflagil de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
	01hs	Administrado Tramal de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
	03h	Adm: Gentamicina 80mg 60954 Tramadol 100mg 60954					
	06h	Adm: Reflagil 1g e dipirona 500mg Se Condição presente e 60954					
	9 h	Adm: medicação de horário conforme prescrição Tramadol 100mg — 60954					
	1	Adm: Profenal conforme prescrição 60954					
	10hs	Paciente no leito, acordado, corado, verbalizado, em uso de soro-terapia, acompanhado de 10-36,3°C calmo, consciente, sem tosse, verbalizando, supúrnico, acurático, apêndice abdominal flácido, mudo de a palpação, diurese presente, defecação ausente em uso de AUPen MSE, aux. Jussara Oliveira					80 50
	11 h	Adm: Gentamicina 240 mg — 60954					
	12	Adm: Reflagil conforme prescrição 60954					

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: _____

LEITO: _____

PACIENTE: Emmanuel Souza da Silva

IDADE: _____

SEXO: _____

REG.: _____

DATA	HISTÓRICO
14/01/18	<p>OTORRINOLARINGOLÓGICA</p> <p>Paciente admitido de emergência com trauma de face e membros superiores e inferiores de natureza fechada com fratura de rádio e ulna direita e fratura de fêmur esquerdo.</p> <p>Exame físico: sem alterações significativas.</p> <p>Exames complementares: radiografia de face e membros superiores e inferiores.</p> <p>Diagnóstico: trauma de face e membros superiores e inferiores.</p> <p>Conduta: tratamento cirúrgico e conservador.</p> <p>Prognóstico: bom.</p> <p>Encaminhamento: para tratamento cirúrgico e conservador.</p>

Com trauma associado
de face e membros superiores e inferiores.

Dr. Rafael Gonçalves
Otorrinolaringologista
CRM-SE 4707
TEO 15634

Indicação para tratamento cirúrgico e conservador.

☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Oueixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual?

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Etílica ☐ Tabagista



Sinais Vitais:							Escala de Cama de Glasgow:			
FC (bpm)	FR (rpm)	SPU2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Oriopnéia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Hipertensão
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Excardiograma
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rômico	Excardiograma
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário		Sistema Osteomuscular	
Flácido	Hematêmese	Anúria	Mictúria	Artralgia	Artropatia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Cervicalgia	Contusão
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria	Espasmos	
Pirose		Disúria	Priapismo	Dor	
Diarreia		Bexigoma	Límpido e Claro	Parosmia	
Rígido		Diurese Concentrada		Susp. Lento	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual?

Especialidade: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermeiro

Classificação de Risco			
<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora	Evolução da Enfermagem
11:00	
	De Dor no abd. + Dor no Trax +
	MSB. Ar. Exce: hem. amarelo?
Data/Hora	Anotação de Enfermagem
	As: fr. Exce de Trax (e)

Co. do Ce. pm
Rafael Gonçalves
Especialista em Traumatologia
CRM-SE 4700
15634

REG:

Itabaiana-Sergipe

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

IDADE:

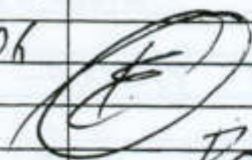
SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

15/01/18 1º DPO João e esposa Bruno
DD. 006



Poste bem S. 1º

Dr. Bruno Bittencourt
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4126

Re. Retro perfurante de 1/2
de 1/2 (0.01) 1.000.000

(R. 873)

16/01/18 # DATA PENA #

2º D.P.O. - FIXAÇÃO EXTERNA EM 1º MEMBRO (1)
(FRAÇÃO EXPOSTA + LESÃO DE MEMBRO RADIAL)
EM USO DE A.T.B.

→ CONDIÇÃO: (1) DENTELHES

(2) PRELAÇÃO

Dr. Leonardo Passos Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4288 TEOT 14308

17/01

2º DPO FMT. DINT. DENTELHES.
MOVIMENTOS DE EXTENSÃO DO
PUNHO E DEBILIDADE ADIV.
RECONSTRUÇÃO ADIV.
ADIV. RECONSTRUÇÃO

Dr. Antonio C. Lima
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4288 TEOT 14308

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

E-4

PACIENTE:

Edemilson Bomfim dos Santos

IDADE:

44

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14/01/18	11:30	Paciente deu entrada, recebeu vitro em uso de marca, para puberdade e a cirurgia exposta de fratura de humero "E" nos cuidados de de venicelli + de Rafael. Paciente consciente, orientado, realizado moni- torização por oxímetros. Monitor 11:08 início do ato anestésico sob bloqueio de pleco + sedação aos cuidados de de moreira com enfermeiras. — <small>Monica Cristina O. Araújo ENFERMAGEM CREN 253776-SE</small>				160 80	96%
	11:30	SFO 9%. Sob o início do ato cirúrgico paciente sob. Muito anestésico, paciente extorção seguiu em transporotomia sem inter- venções até o momento. — <small>Monica Cristina O. Araújo ENFERMAGEM CREN 253776-SE</small>				170 93	100%
	12:30	Terminou o ato cirúrgico reali- zado sutura + curativo paciente acordado encaminhado p/ SRPA seguiu aos cuidados da equipe. — <small>Monica Cristina O. Araújo ENFERMAGEM CREN 253776-SE</small>				173 85	100%
	14:30	Paciente encaminhado p/ enfermaria					
	14:35	Paciente admitido p/ enfermaria Cirurgia, paciente do C.C. em uso de marca, atropinado, sendo atemo- dado em enfermaria, em uso de AUP em JSD, fixada pelo MSE, em repouso, monitorado sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem. — <small>Monica Cristina O. Araújo ENFERMAGEM CREN 253776-SE</small>					
	17:00	Administrada medicação transp su. de horário conforme a ordem dos médicos — <small>Ademilson</small>					
	18:00	Administrado medicação apur na, relaxol. g. su. de horário conforme a ordem dos médicos — <small>Ademilson</small>					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 1168255 SSP SE
	CPF 711.624.965-68
	DATA NASCIMENTO 06/01/1974
FILIAÇÃO JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS ARISTER DE FARIAS	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. [] [] []	
Nº REGISTRO 02323991195	VALIDADE 18/04/2021
HABILITAÇÃO 08/05/2002	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 20/04/2016
 Edgard Simão da Mota Neto DIRETOR - PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - SE (SERGIPE)	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1240882473

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1240882473

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Edemilson Bonfim dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: solteiro
Profissão: Educacao Fisica
Identidade: 1168255 CPF: 711 624 965-68
Endereço: Rua Cento e noventa e dois, 112
Bairro: Centro Cidade: Nova Senhora do Socorro
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 nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, 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 vitima:

← Edemilson Bonfim dos

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

Edemilson Bonfim dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

 Plerete

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TARELÃO: DANIEL PEREIRA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de
Edemilson Bonfim dos Santos
Selo TJSE: 201829527110734
Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/806212>
Aracaju, 18/05/2018 17:08:21 25575
Jessica Cavalcanti Simões - Escrevente Autorizada
Emol: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.015-390 - TEL.: 79 3214.3397

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEDIDO

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
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/01/1974
ENDERECO.....: AV COLETORA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS / ARISTER DE FARIAS
RESPONSAVEL....: AMIGA ALINE
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 00

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 283

CEP....: 49000-

TEL....: 000

TRAUMA: 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 moto + caminhão. Nega dor no local de impacto.
ABBO - OK
sem lesões, sangramento ativo.
Exatidão + f. exp. de úmido

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Mobilizando membros e sensibilidade preservada.
Gravidade leve de partes moles.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

Dipirona 1g + Smf AD in
Lidocaina 2% in
At 1000 ml in
at 0.5ml in

HORARIO DA MEDICACAO	
SABEMI-SEGURADORA S/A	
28 MAI 2018	
RECEBIDO	
10:25	

Silvaneide S. Santana
Aux. de Enfermagem
COREN-SE 576422

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Wine Mangueira Santos
Ass. de C. Geral

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas Gomes
Téc. de Radiologia
CRTR nº 00384T

643 610
605 679

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 UMEMO 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, PERICIAO 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 PARESTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.
- IV. Nexo de casualidade: 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 (*).
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 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 Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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

Edmilson Benfim dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Edmilson Benfim dos Santos		711.624.965-68		Educação Física	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Centro e noventa e dois		12			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro	Mato Grosso do Sul	MS	79160-000	(11) 3222-0812	
Email					

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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. 3532 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 24033 D/V
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

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

CONTA NRO. _____ D/V _____
 (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.

Macapá, 22 de maio de 2018

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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** 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

Carta nº 12903465

