

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
901.563.154-91

Nome
FRANCISCO DOS SANTOS

Nascimento
20/01/1948

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
B83F.D496.1C69.05DE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:20:28 do dia 07/08/2013 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.689.904 2 * VIG. 20.02.2006

FRANCISCO DOS SANTOS

Miguel Francisco dos Santos

Marcionila Palismina da Conceição

Santana de Mangueira-PB, 20.01.1948

NATURALIDADE

Cart. Cas. nel. 037, Fls. 260, Liv. BA-01,
 Cmt. Princesa Isabel - PB.

ASSINATURA DO TITULAR

LENTILHO DE SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 011348733076

DETALHE DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RUA DE SÃO PAULO, 20142100000612-8
1 0027987294-1 00/000000000 2014

LOCIVARIO FERREIRA DE CARVALHO

08840066498

NOK7236/PB

NOVO

PB 9C2KCI550ARI12031

GASOLINA

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CO 198

2 B/149 /CI PARTIC

VERMELHA

1 IPVA PAGO EM

07/02/2014

V *****

0

SEGURO

P A G O

07/02/2014

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

IBIARA

21

11/02/2014

35033

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: 90156315491 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 90156315491
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxixeiro 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Mangueira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58985000
15 - E-mail: neico.assessoria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999471520 zap

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 05775 4 CONTA: 0008587 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 26018362880

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

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 14288129460

Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Concluciano da Silva

CPF: 04676255494

Concluciano da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 25/08/2020

X Itapiranga 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 901.563.154-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901.563.154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxi, Xéiro 9 - Número: 515 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Carapicuíba 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58.985-000
15 - E-mail: merico.andressonia@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel. (DDD): 999471520 24

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 (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 5775 4 CONTA: 0008587 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ 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

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

260 183 628 80

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

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 142 881 29460

Felipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Carlos Eduardo da Silva

CPF: 046 762 551 97

Carlos Eduardo da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 25/08/2020

x Itapiranga 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Data Postagem:
06/07/2020
Data Vencimento:
12/07/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200273847 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI ESQUERDA P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO ESQUERDO(PLACA E PARAFUSO). P4 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P14 15

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco dos Santos
RG: 2 689 909 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 901 563 154 91
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: agricultor
Endereço: Sítio, Maxixeira Nº 5X
Bairro: rua rural Cep: 58 985 000 Cidade/UF: Santa Maria de Bonfima
Telefone: (83) 999471520 () ()

OUTORGADO:

Nome: Wilson Rodrigues dos Santos
RG: 5652 161 Orgão Emissor: SSP/PE CPF: 039 247 064 09
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Autor de Trânsito
Endereço: Rua Guedes Figueiredo Nº 22
Bairro: Centro Cep: 58 980 000 Cidade/UF: Taperoanga
Telefone: (83) 999471520 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente:

Vítima: Francisco dos Santos CPF: 901 563 154 91
Data do Acidente: 10/03/2020 Cobertura solicitada: () Invalidez Permanente () Dams () Morte

Por não ser alfabetizado (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: Carlene Gomes da Silva
RG: 38 95 0448 X Orgão Emissor: SSP/SP CPF: 260 183 628 80
Endereço: Rua Silvana Campesina Nº 57
Bairro: Centro Cep: 58 985 000 Cidade/UF: Santa Maria de Bonfima PB

** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Taperoanga 30/07/2020
Local e Data

Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Fili Peilouro da Costa
CPF: 142 881 29460
Local e Data: Taperoanga 30/07/2020

Testemunha 2:

Carlene Gomes da Silva
CPF: 046 762 554 92
Local e Data: Taperoanga 30/07/2020

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05775-4

CONTA: 000000008587-1

Nr. Autenticação

BRDESCO2109202005000000000023705775000000008587236250 PAGO

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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, contados 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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005775-4

Conta: 0000008587-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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: 901.563.154-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901.563.154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxixeiro 9 - Número: 515 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Maracá 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.985-000
15 - E-mail: netoo.andersonia@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999771520 24

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: 0913 X CONTA: 144.209.240 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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mal-nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Yocel Guatema Lopes da Silva

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 260.183.628-80

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): [Assinatura]

38 - 1ª | Nome: Filipe Vieira da Costa
CPF: 142.881.294-60
Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Carlucciama da Silva
CPF: 046.762.554-94
Carlucciama da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Tapoimanga 30/07/2020

X Tapoimanga 30/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

№. 0496 /2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA E HORA DO FATO: 10 / Março / 2020 **HORAS** 9h00

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: José Pereira de Sousa

Notificante/Vítima:

FRANCISCO DOS SANTOS, brasileiro, natural de Santana de Mangueira - PB, Casado. Agricultor, nascido no dia 20:01.48, filho de Miguel - Francisco dps Santos e Marceonila Felismina da Conceição, portador do RG nº.2.689.904 -2a.via/SSP/PB e CPF 901.563.154-91, residente no Sítio Maxixeiro, área rural de Santana de Mangueira-PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima mencionadas, retornava de Manaira para sua residencia no Sítio Maxixeiro, área rural de Santana de Mangueira - PB, pela Rodovia que liga Manaira à Santana de Mangueira-PB, conduzindo a moto HINDA/CG 150 FAN, cor vermelha, ano 2010, placa NQK-72 36/PB e chassi nº. 9C2KC1550AR112031, em nome de LUCIVANIO FERREIRA DE CARVALHO, e já se aproximando da entrada do seu Sítio, um cachorro atravessou o asfalto não dando para desviar, colidindo com o mesmo, caindo no acostamento, sendo socorrido por um veículo do Município de Santana de Mangurira-PB, para atendimento Hospitalar.

Itaperanga, PB Em, 19 de Maio de 2020

Notificante/Vítima: X

Escrivão Plantonista:

Fco. S. Rodrigues
- ESC. POLICIAL - 3005
CHEFE DE CARTÓRIO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 901.563.154-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901.563.154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Macaxeiro 9 - Número: 514 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Maracão 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.985-000
15 - E-mail: netoo.andersonia@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 99977520 24

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: 0913 X CONTA: 144.209.240 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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mal nascido)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): José Guatember Lopes da Silva

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 260.183.628-80

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa
CPF: 142.881.294-60

Felipe Vieira da Costa
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Conclucionista da Silva
CPF: 046.762.554-94

Conclucionista da Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itapiranga 30/07/2020

X Itapiranga 30/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 901.563.154-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901.563.154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxixeiro 9 - Número: 515 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Mangueira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.985-000
15 - E-mail: netoo.andersonia@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 99977520 24

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: 0913 X CONTA: 144.209.240 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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mal-nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Yoss Gaudêncio Lopes da Silva

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 260.183.628-80

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): [Assinatura]

38 - 1ª | Nome: Filipe Vieira da Costa
CPF: 142.881.294-60
Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Carlucciama da Silva
CPF: 046.762.554-94
Carlucciama da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Tapoimanga 30/07/2020

X Tapoimanga 30/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wilson Rodrigues do Santos
inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.747.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco do Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.563.154 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Francisco do Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.563.154 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Euríclio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tapoanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>wilson.mendes@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280-000</u>	
		Tel.(DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Tapoanga, 30, 07/2020

Wilson Rodrigues do Santos
Assinatura do Declarante



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DE MANGUEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaração

Declaro para os devidos fins, que a Secretária de Santana de Mangueira – PB encaminha o paciente o Sr FRANCISCO DOS SANTOS, portadora do **CPF: 901.5663.154-91** e **RG: 2.689.904**, residente no Sítio Maxixeiro, no Município Santana de Mangueira – PB, sofreu um acidente no dia **10** de março de 2020, às 09 horas (nove horas) da manhã o mesmo vinha do sítio Cabano em direção ao sítio maxixeiro, o mesmo colidiu com um cachorro, sendo socorrido pelo motorista José Cristiano Lopes da Silva, para hospital regional de Patos –PB, onde passou por cirurgia.

Sem mais para o momento, firmo e dou fé às informações por serem verdadeiras.

Santana de Mangueira – PB, 15 de julho de 2020.

JOSÉ CRISTIANO LOPES DA SILVA

260.183.628-80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME CARLUCIANO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / CATEGORIA NACIONAL 2991913	UF PR
CPF 046.762.554-97	DATA NASCIMENTO 14/11/1981
FUNÇÃO INACIO CAMILO	
JOSEFA MOTA DA SILVA	
PERMISSÃO ABC	CATEGORIA A/B
Nº HABILITAÇÃO 05156661066	VALOR 29/08/2020
1ª HABILITAÇÃO 10/03/2011	
OBSERVAÇÃO	
Assinatura de Silva	
LOCAL ITAPORANGA, PR	DATA EMISSÃO 06/10/2015
16430996906 PRO31163041	
DETRAN-PR (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1169602510

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1169602510



1105

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	99873		PRONTUÁRIO	49120
DATA	10/03/2020	HORA	10:19	OPERADOR
OCORRÊNCIA	URGENCIA			NUBIA
CLASSIF. RISCO				
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA			
MÉDICO	SESIOM QUIRINO WANDERLEY			
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA			
PACIENTE	FRANCISCO DOS SANTOS	IDADE	72a 1m	GÊNERO
				MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARCEONILA FELISMINA DA CONCEICAO			
FILIAÇÃO II	MIGUEL FRQANCISCO DOS SANTOS			
CIDADE	SANTANA DE MANGUEIRAPB	58985000		
ENDEREÇO	SITIO MAXIXEIRO			
BAIRRO	ZONA RURAL			
NATURALIDADE	SANTANA DE MANGUEIRA			
TELEFONE	8387425370	CELULAR		
C.N.S.	704308583693891	IDENTIDADE	2689904	
C.P.F.	901.563.154-91	REG. NAC.		
NASCIMENTO	20/01/1948	COR	PARDO	
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	APOSENTADO	

RESPONSÁVEL RICARDO CEZAR FERREIRA LI Ass. Resp./Paciente *Dr. Ricardo Cezar Ferreira*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Ulitimz de queda de moto
com Trauz em antebraço (E)*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Dor + edema.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X*

DIAGNÓSTICO *Fratura de Balaazzi* CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO Data *19/03/2020* Hora *20* H *00* Min

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Leonardo Montiel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8444 - TESTE 12/11/17*

INACIO CAMILO
 SIT CACHOEIRA, SM - AREA URBAL
 ITAPORANGA/PB CEP 58780000 (AG 154)
 CPF/CNPJ/RAR# 139 140 888-30



Grupo CONVENCIONAL DADA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Ramo 15 - 154 - 171 - 2630 Nº Medidor 0009080479

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/1883268-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018832683

VALOR DA FATURA
R\$ 68,53

VENCIMENTO
02/06/2020

REFERÊNCIA
Mai / 2020

CONSUMO 2,22 kWh
71kWh MÉDIA DIÁRIA
 LETURA CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Abr/20	R\$72,19
Mar/20	R\$56,42
Fev/20	R\$37,79
Mar/19	R\$443,90

CC	Descrição	DESCRIPTIVO							
		Quant	Taxas/ Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alq. KMS KMS (R\$)	Alq. KMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS Base Calc. PS(14%)Cotno(R\$)	ICMS Base Calc. PS(14%)Cotno(R\$)
0801	Consumo em kWh	71	0,791250	56,18	56,18	25	14,04	56,18	0,00
0807	LANÇAMENTOS E DEBITOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO A UTILIDADE PÚBLICA								
0804	JUROS DE MORA (1,2% ao dia)			0,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA (200%)			1,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA (200%)			0,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (2,00%)			0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Observações: _____



Nome do Paciente: <i>Francisco dos Santos</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>18/03/2020</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Morcelo Scarpim</i>	1º Auxiliar: <i>Kayke Barbosa</i>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador: <i>George</i>
Anestesista: <i>Augusto Maximo</i>	Tipo de Anestesia: <i>Bloqueio de Plexo</i>	
Diagnóstico Pré- Operatório:		
Tipo de Cirurgia: <i>Fratura de media clavicula</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório:		
<i>Fratura de media clavicula</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato: <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em decubito dorsal
- 2) Anestesia + anti-hipertensão + compressas
- 3) Incisão dorsal em antebraço (via de Thompson)
- 4) Redução + fixação com placa + parafusos
- 5) fechamento por pontos + sutura
- 6) curativos

RELATÓRIO DE CIRURGIA

JULIANA VIEIRA DA COSTA
SIT PINTO S/N - AREA RURAL
BOA VENTURA/PB CEP: 58630-000 (ALF 154)
CPF/CNPJ/RN: 041.979.394-48



Grupo CONVENCIONAL DA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC (H) / Subclasse BAPA RENDABPL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 11-16/ 55-1- 3088 HP Medidor U0001549543

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/710467-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00007104672

VALOR DA FATURA
R\$ 0,00

VENCIMENTO
25/06/2020

REFERÊNCIA
Jun / 2020

CONSUMO 1,81 kWh
45kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mai/20 R\$31,32
Jul/19 R\$508,42

CCI	Descrição	DESCRIPTIVO						
		Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. KMS (R\$)	Alq KMS (R\$)	KMS Base Calc. (R\$)	PS(R\$)Cobrança(R\$)
0601	Consumo de 50 kWh BR	50	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0601	Consumo de 15 kWh BR	15	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0610	Subtotal			0,00	0,00	0	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			24,62	0,00	0	0,00	24,62
0800	CREDITO A COMPENSAÇÃO JURÍDICO			1,20	0,00	0	0,00	0,00
0900	Dedução Subtotal			-3,36	0,00	0	0,00	0,00

PACIENTE: <u>Francisco dos Santos</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPARTAMENTO CIRÚRGICO
QT.: _____	LEITO: _____	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>72</u>	REGISTRO: <u>49320</u>	
CIRURGIA: <u>Proc. Cirúrgico em nádu E.</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Araújo</u>			
ANESTESIA: <u>Brogueira</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Mânica</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Grase</u>		DATA: <u>18.03.2020</u>	INÍCIO: <u>15:50</u>	FIM: _____	 GOVERNO DA PARAÍBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval <u>FENTANIL</u> 1		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovina 0,5% <u>50mg</u>	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex <u>VICPR 01</u>
	Sufenta		Vaselina Estéril <u>NYLON 02</u>
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>AGULHA P/ F34700LFX</u> 1

2 FIO M. Q. 10 03/10/2020

Paciente: Francisco Santos Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: _____ Leito: 05 Data: 11/05/2017

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
LANDUHY CARNEIRO

Diagnóstico: _____
Data: ____/____/____

Paciente: Francisco Santos
Setor/Enfermaria: 14 Leito: 05

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. ① Préa livre - sendo

2. ② Préa livre - sendo

3. ③ Préa livre - sendo

4. ④ Préa livre - sendo

5. ⑤ Préa livre - sendo

6. ⑥ Préa livre - sendo

7. ⑦ Préa livre - sendo

8. ⑧ Préa livre - sendo

9. ⑨ Préa livre - sendo

10. ⑩ Préa livre - sendo

11. ⑪ Préa livre - sendo

12. ⑫ Préa livre - sendo

13. ⑬ Préa livre - sendo

14. ⑭ Préa livre - sendo

15. ⑮ Préa livre - sendo

16. ⑯ Préa livre - sendo

17. ⑰ Préa livre - sendo

18. ⑱ Préa livre - sendo

19. ⑲ Préa livre - sendo

20. ⑳ Préa livre - sendo

21. ㉑ Préa livre - sendo

22. ㉒ Préa livre - sendo

23. ㉓ Préa livre - sendo

24. ㉔ Préa livre - sendo

25. ㉕ Préa livre - sendo

26. ㉖ Préa livre - sendo

27. ㉗ Préa livre - sendo

28. ㉘ Préa livre - sendo

29. ㉙ Préa livre - sendo

30. ㉚ Préa livre - sendo

31. ㉛ Préa livre - sendo

32. ㉜ Préa livre - sendo

33. ㉝ Préa livre - sendo

34. ㉞ Préa livre - sendo

35. ㉟ Préa livre - sendo

36. ㊱ Préa livre - sendo

37. ㊲ Préa livre - sendo

38. ㊳ Préa livre - sendo

39. ㊴ Préa livre - sendo

40. ㊵ Préa livre - sendo

41. ㊶ Préa livre - sendo

42. ㊷ Préa livre - sendo

43. ㊸ Préa livre - sendo

44. ㊹ Préa livre - sendo

45. ㊺ Préa livre - sendo

46. ㊻ Préa livre - sendo

47. ㊼ Préa livre - sendo

48. ㊽ Préa livre - sendo

49. ㊾ Préa livre - sendo

50. ㊿ Préa livre - sendo

51. ① Préa livre - sendo

52. ② Préa livre - sendo

53. ③ Préa livre - sendo

54. ④ Préa livre - sendo

55. ⑤ Préa livre - sendo

56. ⑥ Préa livre - sendo

57. ⑦ Préa livre - sendo

58. ⑧ Préa livre - sendo

59. ⑨ Préa livre - sendo

60. ⑩ Préa livre - sendo

61. ⑪ Préa livre - sendo

62. ⑫ Préa livre - sendo

63. ⑬ Préa livre - sendo

64. ⑭ Préa livre - sendo

65. ⑮ Préa livre - sendo

66. ⑯ Préa livre - sendo

67. ⑰ Préa livre - sendo

68. ⑱ Préa livre - sendo

69. ⑲ Préa livre - sendo

70. ⑳ Préa livre - sendo

71. ㉑ Préa livre - sendo

72. ㉒ Préa livre - sendo

73. ㉓ Préa livre - sendo

74. ㉔ Préa livre - sendo

75. ㉕ Préa livre - sendo

76. ㉖ Préa livre - sendo

77. ㉗ Préa livre - sendo

78. ㉘ Préa livre - sendo

79. ㉙ Préa livre - sendo

80. ㉚ Préa livre - sendo

81. ㉛ Préa livre - sendo

82. ㉜ Préa livre - sendo

83. ㉝ Préa livre - sendo

84. ㉞ Préa livre - sendo

85. ㉟ Préa livre - sendo

86. ㊱ Préa livre - sendo

87. ㊲ Préa livre - sendo

88. ㊳ Préa livre - sendo

89. ㊴ Préa livre - sendo

90. ㊵ Préa livre - sendo

91. ㊶ Préa livre - sendo

92. ㊷ Préa livre - sendo

93. ㊸ Préa livre - sendo

94. ㊹ Préa livre - sendo

95. ㊺ Préa livre - sendo

96. ㊻ Préa livre - sendo

97. ㊼ Préa livre - sendo

98. ㊽ Préa livre - sendo

99. ㊾ Préa livre - sendo

100. ㊿ Préa livre - sendo

11/10/2019 10:10 AM

Clugelia

457

19.	At	gland	exam for	
20.				
21.				
22.	(1) Inclusion of the (SC)		Visita Médica: Data:	24:00 h
23.				

24:00 h

06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	l/rpm	SpO ₂ :	%	R:	l/rpm	SpO ₂ :	%	R:	l/rpm	SpO ₂ :	%
PA:	mmHg			PA:	mmHg			PA:	mmHg		
HGT:	mg/Dl			HGT:	mg/Dl			HGT:	mg/Dl		
Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml		

Diurese: Cut 06 vs de luxo
Cut 05 de luxo

© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

Paciente: Felipe de Sousa
Setor/Enfermaria: 11 Leito: 0520

Diagnóstico:
Data: 13/03/20

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1. DIGNO AMI	SEM DIABETES	6/12/21	18	PAUVA NA CENELMAN
2. DIGNO AMI	1000 ml	6/12/21	18	CINEL AGUARDIA PARA NA
3. DIGNO AMI	6/12/21	3/12	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
4. DIGNO AMI	6/12/21	18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
5. HGT 6/6 12/21		18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
6. DIGNO AMI	SUBCUTANEA	CONFORME	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
7. DIGNO AMI	CONFORME	18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
8. DIGNO AMI	CONFORME	18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
9. DIGNO AMI	CONFORME	18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
10. DIGNO AMI	CONFORME	18	18	PARA AGUARDIA DUTRA A
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

Dr. Felipe de Sousa Spá
Otorrinolaringologista

Dr. Felipe de Sousa Spá
Otorrinolaringologista

SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: 36-1 °C	Tax: 36 °C	Tax: 36,2 °C	Tax: 36 °C
R: 155 irpm	R: 130 irpm	R: 110 irpm	R: 110 irpm
PA: 140 x 80 mmHg	PA: 130 x 80 mmHg	PA: 110 x 80 mmHg	PA: 110 x 80 mmHg
HGT: 155 mg/Dl	HGT: 243 mg/Dl	HGT: 287 mg/Dl	HGT: 248 mg/Dl
Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

RESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Fernando Sampaio Diagnóstico: _____
 Cor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da Adm: _____
 DATA: 14/3/2013 : _____ h

HORÁRIOS

		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
1.	DIETA LIVRE P/DU e KM		
2.	SF 0.9% 1000ML EV		
3.	Losartana 50 mg 1 dia 1 vez		
4.	CEFALOTINA 1G 08/06 HS EV		
5.	Captopril 50 mg a 12h e 16h x 100		
6.	DIPIRONA 1G 6/6 HS EV		
7.	Ret 6/6h, Probado molinos R.		
8.	OMEPRAZOL 40MG 01 x AO DIA EV		
9.			
10.			
11.	SSW+CCGG		
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS

		06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x
HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI
Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml

Dr. Diego S. Santiago
 Otorrinolaringologista
 CRM 100270-1/15-16

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

[illegible]

06:00 h					18:00 h					18:50 h				
Tax:	35	°C	P:	bpm	Tax:	34	°C	P:	bpm	Tax:	36	°C	P:	bpm
R:		%	SpO ₂ :	%	R:		%	SpO ₂ :	%	R:		%	SpO ₂ :	%
PA:	160	x	50	mmHg	PA:	110	x	100	mmHg	PA:	110	x	70	mmHg
HGT:	155			mg/Dl	HGT:	214			mg/Dl	HGT:	202			mg/Dl
Diurese:		ml			Diurese:		ml			Diurese:		ml		

Mania Aparecida Oliveira dos Santos
TECHNICO EM APLICACAO
CNPJ Nº 06.905.014/0001-08

Maria Aparecida de Souza dos Santos
R. A. 123, 456 - Fone: 011-1234-5678
Cidade - Estado - CEP

My dear neighbor
I am - in
constant
of note and

Secretaria de Saúde do Estado
Complexo Hospitalar Regional Dep. Jandunhy Carneiro
Patos - Paraíba

Sector/Enfermaria: 11 Leito: 05 Data da Adm: / /
DATA: 16/03/2020 : h

HORÁRIOS

INTERCORRENCIAS DAS 24H	
1. DIETA ORAL	
2. SF 0,9% 1000ML EV	24
3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV	24
4. TILATIL 20MG 12/12 HS EV	24
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	24
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG	24
7. UOLISALINE 5000 OR 0,25MG (66) 12/12 HS	24
8. CEFALOTRINA 1G VO 6/6 HS	24
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)	24
10. CELEBREX 100 MG VO 8/8 HS	
11. CURATIVO	
12. SSV+CCGG	
13.	
14. furoxunda 24 ev em holder.	24
15.	
16. Cienos 25mg 01 qn vo fixo	24
17.	
18. desatcure 100mg 03 qn vo. fixo	24
19.	
20.	

Fratura / fratura Galega

Trachea sem furos

sem objeçoes, 220x140mm

mediante e afeite

OD: VPM

sem controle

Quem supeira deus

peço hipertensão

Felipe Kayoshi Gomes Insuflador

Medico Traumatologia

31.05.2019

CD. Nova

avulso da

avulso da

SINAIS VITAI

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	iprm	SP _O ₂ :	%	R:	iprm	SP _O ₂ :	%	R:	iprm	SP _O ₂ :	%	R:	iprm	SP _O ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	80	x	80	PA:	140	x	80	PA:	150	x	90
HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl		
Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml		

Felipe Kyoshi Gomes Nazareto
Medico Traumatologista
CRP-05 9649

30. Nova
cineasta da
Carlucci.

2 canals Sea Pines
see Shiga apartment
new maps, 220x 140m
medicinal & quinine
pills Caudalop
OD: 7 PM
to Paul Kelly
Chapman Simpson & Co
poco hypertension

Pauline / Juxta Gaboay

Take sea power

eyes slightly approximated
narrow pupils, 220x140um
medulla & a well marked
bulbous caudal loop.
OD: VPM

po telefone
Chaque semaine de
ce h pendant
E. - Nova

Medica Training Center
Civ. 95 9649
Cauldwell &
Cauldwell

Feb 2005 Regd

Paciente: _____
Setor/Enfermaria: _____

Francisco
11 Leito: 05

Diagnóstico: 17
Data: 17

Diagnóstico: _____
Data: 17/05/2020. F: 02

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAUDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

[illegible]

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	mmHg			PA:	mmHg			PA:	mmHg			PA:	mmHg		
HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl			HGT:	mg/dl		
Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml		
Tax:	35.9			Tax:	35.6			Tax:	35.4			Tax:	36		
R:				R:				R:				R:			
PA:	120	x	80	PA:	140	x	100	PA:	160	x	160	PA:	140	x	80
HGT:				HGT:	250			HGT:	319			HGT:	200		
Diurese:				Diurese:				Diurese:				Diurese:			

[illegible]

Auto OPR of ~~10/10/13~~ 10/10/13

Alexandre Medeiros da Silva
Tos Val Engenharia
COP 43.118

Paciente: Francisco dos Santos Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
 DA PARAIBA

SECRETARIA DE
 ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1. Dieta livre	11h	
2. SF 0,9% 1000ml EV	12h	24pb
3. Diminuir 7cc 6/6H EV	18h	
4. Tribol 40mg EV 1 vez ao dia	22h	24pb
5. Tramol 100mg 12/12H EV	12h	24pb
6. Desadren 4mg 8/8H EV	18h	
7. Cefotaxima 1g 6/6H EV	22h	24pb
8. Cefotaxima 1g 6/6H EV	12h	24pb
9. Cefotaxima 1g 6/6H EV	18h	
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		

- Medicação analgésica no Bloco
 Cirúrgico.

Antonio Esteban
 Enfermeiro
 COREN-PB 122775

HGT não realizado + Falta de no anuário
 Adriano Jucá
 COREN-PB 122775

Visita Médica: Data: / / - : h

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg	
HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl	
Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:		ml	

Proteína no Bolo Cirúrgico

Adriano Jucá
 COREN-PB 122775



50 kVp

0.5 mA

50 kVp



OEC



2004