



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

REGISTRO 0222133/2021-BO-00628.2021.0000361

DATA E HORA DO REGISTRO: 19/03/2021 14h39min

UNIDADE RESPONSÁVEL: PC - DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOAQUIM - 49-3233.8530

FATO

DATA DO FATO: 30/12/2020

HORA DO FATO: 22:15

LOCAL DO FATO: (Via pública/Sem classificação para via pública) RUA SC 114, nº 0, JARDIM MINUANO, SÃO JOAQUIM/SC/BR | CEP: 88600000 | Coordenadas: -28.39832,-50.0223

FATOS COMUNICADOS: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais)

ENVOLVIDOS

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA (23 anos) | Comunicante: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais) | Motorista: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais)

Mãe: DIVANY BARBOSA SILVA

Pai: FRANCISCO VIEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 26/09/1997

Naturalidade: MARAVILHA/AL/BRASIL

CNH: 6869018944 - SC

Relato Individual: Relata o comunicante que na data de 30/12/2020 estava transitando na SC 114, quando próximo a São Joaquim, quando se perdeu em uma curva vindo a cair de sua moto, sofrendo lesões no ombro e braço direito. Este boletim somente é para fins de DPVAT.

Outras Informações: • O comunicante assume inteira responsabilidade pelas informações prestadas no relato deste registro e declara estar ciente de que a falsidade no transscrito acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Art. 299 do Código Penal.

ACIDENTE DE TRÂNSITO

NATUREZA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO: A identificar

CAUSA PROVÁVEL: A identificar - Detalhamento da causa a identificar.

BENS/OBJETOS

* Veículo parcialmente identificado - Motocicleta (Envolvido em acidente de trânsito)

Placa: MHJ9893 | Chassi: 9C2KC1640AR018248 | Renavam: 00194346870

HONDA/CG150 TITAN MIX EX - Preta - 2010/2010 - RIO DO SUL/SC - BRASIL

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA (Motorista)

ATENDENTES

THAÍS BARROS LIMA (AGENTE DE POLICIA CIVIL)

Via impressa pela internet

Documento assinado digitalmente. Certificação de validade pelo site <https://delegaciavirtual2.sc.gov.br/impressaoboletimnovo.aspx>

Protocolo nº: 2021021193004 - Código de validação: 22578094

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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Emerson Vieira Barbosa Silva

6 - CPF:

108.989.404-00

7 - Profissão:

recusado

8 - Endereço:

Est. Geral Ribeirão Basílio

9 - Número:

197

11 - Bairro:

Ribeirão Basílio

12 - Cidade:

Lourençino

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

89170-000

15 - E-mail:

recusado

16 - Tel.(DDD):

47 30367501

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO:

Bracil

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotot, 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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (vôo nascitro)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

Itapema, 26/08/2021

Emerson V. R. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPF.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210213235

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099316/21

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 108.989.404-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/12/2020

EMERSON VIEIRA
BARBOSA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

central assessoria de seguros : 05.851.892/0001-58

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA : 108.989.404-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/04/2021
Nome: central assessoria de seguros
CNPJ: 05.851.892/0001-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2021
Nome: Eduardo Haskel
CPF: 095.117.709-50

central assessoria de seguros

Eduardo Haskel

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099316/21

Número do Sinistro: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 108.989.404-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/12/2020

Titular do CPF: EMERSON VIEIRA
BARBOSA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2021
Nome: central assessoria de seguros
CNPJ: 05.851.892/0001-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2021
Nome: Eduardo Haskel
CPF: 095.117.709-50

central assessoria de seguros

Eduardo Haskel

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099316/21

Número do Sinistro: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 108.989.404-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/12/2020

Titular do CPF: EMERSON VIEIRA
BARBOSA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/05/2021
Nome: central assessoria de seguros
CNPJ: 05.851.892/0001-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2021
Nome: Eduardo Haskel
CPF: 095.117.709-50

central assessoria de seguros

Eduardo Haskel

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): NOME: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF 108.989.404-00

RG 7819343

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: auxiliar de produção

ENDERECO: Estrada Geral Ribeirão Basílio, 197
casa - RIBEIRÃO BASÍLIO - Laurentino/SC - CEP 89170000

OUTORGADOS: Central Assessoria de Seguros Eirelli, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 05.851.892/0001-58, com endereço sede à Rua Comandante Joãozinho Haeger nº 121, Centro, na cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina; neste ato representada por Mildes de Lourdes Ferrari Sabino, brasileira, empresária, casada, portadora do CPF nº000.597.319-82, residente e domiciliada à Rua Farmacêutico Gotlieb Elinger nº 151, Escola Agrícola, na cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, requerer documentos médicos hospitalares / prontuários, convir, confessar e reconhecer a procedência do pedido administrativo, assinar autorização de pagamento - crédito de indenização de sinistro DPVAT e demais documentos necessários, transigir, desistir, receber e dar quitação junto à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT na garantia pleiteada, podendo ainda substabelecer esta, com ou sem reserva de igual poderes, tudo com o fim especial de requerer indenização administrativa do seguro DPVAT - Cobertura de Invalidez Parcial Permanente(IPA); Morte e / ou Despesas Médicas e Hospitalares(DAMS) da vítima EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA.

I

tuporanga-SC, 26 de Janeiro de 2021.

OUTORGANTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Acima de 18 anos.

Emerson V.B. Silva



NOTA SE PROTESTO DE TÍTULOS E DE PAGAMENTO E PROTESTO DE Títulos

Av. Presidente Vargas, 70
Cep 96000-000 - Rio do Sul - Santa Catarina
Fone: (47) 3331-6508 - Fax: (47) 3331-6508

RECONHECIMENTO - 667518
Reconheço a assinatura por AUTENTICIDADE de:
(1)EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
Rio do Sul, 27 de janeiro de 2021.
Em test. *S.* da verdade.

GIANLESSER, Escrevente Notarial
Encargos: R\$ 3,62 + Selo: R\$ 2,82 - Total: R\$ 6,34 Selo Digital
de Fiscalização - Selo normal FUO70509-AEYR
Confira os dados do ato em: selo.bsc.jus.br
Impresso por: PALOMA

Maria Zélia Della Giustina - tabelião
 Jackson Della Giustina Formiga de Moura - tabelião Substituto




PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 Cidade: São Joaquim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA Data do acidente: 30/12/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (LESÃO DE PLEXO) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÓMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 **Cidade:** São Joaquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (LESÃO DE PLEXO) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÓMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 **Cidade:** São Joaquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

P9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: -(LESÃO DE PLEXO) REANALISE

-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 **Cidade:** São Joaquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

P9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: -(LESÃO DE PLEXO) REANALISE

-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 Cidade: São Joaquim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA Data do acidente: 30/12/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: -(LESÃO DE PLEXO) REANALISE
-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 Cidade: São Joaquim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA Data do acidente: 30/12/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ** FAVOR REENCAMINHAR PARA PERÍCIA **

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 Cidade: São Joaquim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA Data do acidente: 30/12/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ** FAVOR REENCAMINHAR PARA PERÍCIA **

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959 Cidade: São Joaquim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA Data do acidente: 30/12/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (LESÃO DE PLEXO) REANALISE SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210119959

Cidade: São Joaquim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA STI VA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE
SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (LESÃO DE PLEXO) REANALISE SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00

OUTROS

MOVIMENTAÇÃO SAC OCORRENCIA 720342

SEGUEM DADOS DA VITIMA ATUALIZADOS PARA
REMARCAÇÃO DA PERICIA:

Endereço atualizado:

Rua ST Barra do Tigre, Sem número - CEP 57500-000

BAIRRO: Povoados.

CIDADE: Santana do Itapema.

U.F: Alagoas.

. Números tels. de contato 047 - 99660-0071

- Email recepcao@centraldesegurosdpvat.com.br

Blumenau/SC, 17 de junho de 2021

Para:

SEGURADORA LÍDER

Depto. Técnico

Referente Sinistro DPVAT

Vítima: **EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA**

Cobertura reclamada: INVALIDEZ

Acusamos o recebimento de vossa correspondência nos informando do não comparecimento da vítima quando da realização de sua perícia médica. Tal situação decorreu face ao motivo de que na referida **perícia foi agendada para a cidade de Blumenau/SC e a vítima atualmente está residindo em Santana do Itapema/AL.**

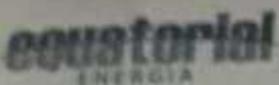
Por oportuno, informamos que a vítima encontra-se à inteira disposição da Seguradora Líder para a realização de uma posterior nova auditoria de campo, com vistas à liquidação do referido pleito de indenização.

Solicitamos que quando for agendada a perícia de auditoria informe a Central Assessoria de Seguros através dos telefones (47) 3042 1139 ou 99660 0071

Certos de sua compreensão e no aguardo de vossas urgentes providências, apresentamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Depto. Técnico



Para contato
conosco, informe
este número:

CEU CODIGO

1666967-3

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Presidente Dutra, 3349 - Centro de Laranjeiras - CEP: 57052-902
NIRELIGAL - CNPJ: 12.222.084/0001-00-IE: 24007177-8
REGISTRO ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC DA FAZENDA
Nº. FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE UN*

Nº da Nota Fiscal 48694617

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEF foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2021	23/03/2021	43	43,38

DELANIA BARBOSA SILVA
ST BARRA DO TIGRE S/N - POVOADOS R
CPF: 000008063875486
CEP: 57.500-000 - SANTANA DO IPANEMA

ROT: 204.020.25.01.00199

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	236	Atual: 24/02/2021
Anterior:	193	Anterior: 25/01/2021
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 25/03/2021
Consumo Medido:	43	Ger. Arquivo: 23/02/2021
Consumo Faturado:	43	Apresentação: 24/02/2021

Forma de Faturamento: NÓRMAL

Código de Irregularidade

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.	Média 12 mês
RESIDENCIAL	MONO	1601142089		1.1.1.1	48

HISTÓRICO ANUAL		DETALHAMENTO DA CONTA		
Mês/ano consumo		CONSUMO 43 kWh a R\$ 0,765549 - CONTR. ILUM. PÚBL. MUNICIPAL (COSIP) ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		
JAN/21	43			32,91
DEZ/20	46			39,41
NOV/20	57			56,57
OUT/20	47			
SET/20	0			
AGO/20	0			
JUL/20	0			
JUN/20	0			
MAI/20	0			
ABR/20	0			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO

Blumenau/SC, 23 de Maio de 2021

Para:

SEGURADORA LÍDER

Depto. Técnico

Referente Sinistro DPVAT

Vítima: **Emerson Vieira Barbosa Silva**

Cobertura reclamada: INVALIDEZ

Acusamos o recebimento de vossa correspondência nos informando do não comparecimento da vítima quando da realização de sua perícia médica. Tal situação decorreu face ao motivo de que na referida data, a vítima, em decorrência de compromissos pessoais não pode comparecer a perícia médica.

Por oportuno, informamos que a vítima encontra-se a inteira disposição da Seguradora Líder para a realização de uma posterior nova auditoria de campo, com vistas à liquidação do referido pleito de indenização.

Solicitamos que quando for agendada a perícia de auditoria informe a Central Assessoria de Seguros através dos telefones (47) 3036-7501 ou 3036-7520

Certos de sua compreensão e no aguardo de vossas urgentes providências, apresentamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,
Depto. Técnico



▼ Dados do Veículo de placa MHJ9893

Em 07/04/2021 13:57:37

Placa MHJ9893	Renavam 194346870	Placa Anterior MHJ9893/	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Especie 1-Passageiro	Lugares 2			
Marca/Modelo 2854 - HONDA/CG150 TITAN MIX EX (Nacional)	Fabricação/Modelo 2010/2010	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 11-PRETA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	Categoria DPVAT 9				
Nome do Proprietário Atual EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA	Nome do Principal Condutor				Recadastrado DETRAN DetranNet				
Nome do Proprietário Anterior ADEMAR DA SILVA					Origem dos Dados do Veículo CADASTRO				
Município de Emplacamento RIO DO SUL	Licenciado 2020 em 10/03/2020 através do Licenciamento Anual on-line (CRLV)			Data de aquisição 24/01/2018	Situação EM CIRCULAÇÃO				
Restrição à Venda Sem gravame									
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame									
Nenhuma informação pendente até esta data									
Restrições									
Nenhuma restrição registrada até esta data									

▼ Autorização de Estampagem

Nenhuma autorização de estampagem em aberto cadastrada para este veículo.

▼ Listagem de Débitos

Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número DetranNET	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Multa(R\$)	Juros(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2021	451.215.170	31/05/2021	128,85	0,00	0,00	128,85
						Total dos Débitos R\$ 128,85
Taxas Detran 128,85	Seguro DPVAT 0,00	IPVA 0,00		Multas 0,00		

▼ Listagem IPVA Notificados / Dívida Ativa

Nenhuma notificação de IPVA para este veículo.

▼ Histórico de Infrações Notificadas

Nenhuma Notificação de Autuação para este veículo até o momento.

▼ Infrações em Autuação

Nenhuma Notificação de Autuação em aberto para este veículo até o momento.

► Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

▼ Último Processo

Processo 00109699/2018	Interessado 02961953910	Início em 02/02/2018 às 15h28min
Situação Encerrado		Final em 06/02/2018 às 14h50min
Serviço		Execução em
Transferência de Domicílio		Em 02/02/2018 às 15h28min
Transferência de Propriedade		Em 02/02/2018 às 15h28min
Geração de guia de pagamento		Em 02/02/2018 às 15h28min
Auditória		Em 06/02/2018 às 14h50min
Emissão CRV(1ª via)		Em 06/02/2018 às 15h09min

▼ Recurso de Infração

Nenhum Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

Não Possui valor como NADA CONSTA !



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *.tjal.jus.br., protocolado em 07/12/2021 às 16:22, sob o número WSAN121700102737 . Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700836-95.2021.8.02.0055 e código 553DF28.



Celesc
Distribuição S.A.

FAT-01-282018000018134-2

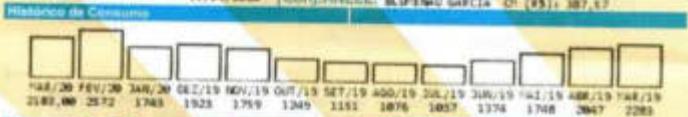
03/2020

Direito do Consumidor

CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS LTDA.	CPJ: 05851892000158
R. DTB 3000ZINHO NUMBER, 121 - São BRASILIA-DF-CEP:00110-000-SC	
Lote/Etapa: 01/080317 - Validade: 249949 - TETO DO BOP: 2500 - IRRF: - GRUPO: B	
Classificação: B3 - GPF/EN/14 - SERVIÇOS, OUTRAS ATIVIDADES - CONVENCIONAL - TRIP/FAZ/SC	
Codi. Fiscal de Operador: 5.353	Tipo de Disponibilidade: 000 AS [1.5.182.e]

Descrição de Consumo		Consumo Total		
Medidor:	2499545	Consumo Méd/Fat:	2183/2583	Unidade de Medida:
Leit. Atual:	49437	Número de Dias Faturados:	29	Origem da Leitura:
Leit. Anter:	47254	Consumo Médio Diário (kWh):	76,9	Fator de Potência:
		Fator de Multidão:	1,00	

Datas Importantes		Indicadores da Comunidade				Retorno de Multiplicação: 1,90
		3M/30	Mensal	Trim	Anual	Realizado
Leitura-Anterior:	03/02/2020	DIC	-4,82	9,67	19,34	0,00
Leit. Atual:	03/03/2020	FIC	3,17	4,35	12,70	0,00
Emissão/Apresentação:	03/03/2020	DMIC	2,49			0,00
Próx. Leitura:	01/04/2020	Conj. ANEEL: BIPUNI/SARCA - DI 10513 - 307.45				



Descrição do Faturamento					
Item	Quantidade	X	Preço (R\$)	=	Total (R\$)
CONS-UP0	2189,00		0,696266		1539,95
Subtotal 1					1539,95

CDSIP		11.11.05
RENTAL VIIMA 0000 6484354		97,16
MULTA CONTA ANTERIOR 02/2020		15,00
COMPROGADO MONETARIA POR ATRASO 02/2020		36,28
JUROS CONTA ANTERIOR 02/2020		1,78
Subtotal 2		3,62
		153,05

Composicão de Preço (Art. 31 Resolução 166/2005)		Tarifas com tributos
ENERGIA	651,81	DISTRIBUICAO
TRANS.ESAI	63,32	TRIBUTOS
RESIDUAIS	0,00	TUSD
		R\$ - 346,2018

ENC. SETORIAS	101,72	30% DESTRUTIVO	1.519,00	TE	9.247,62
Acrescimo a qualquer título					
Total - (Multas + Juros + Correção Monetária)					
Tributos (incluídos) no Total a Pagar					
	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)		
ICMS	1.519,00	28	378,00		
PIS/PASEP	1.519,00	1,34	20,37		
COFINS	1.519,00	6,19	94,08		
Versão: 2023-01					

IMPORTANTE: REABO DE DÉBITO

PAGAMENTO EM ATRASO	Data de Vencimento	Valor Total a Pagar
Multa de 2% + Correção Monetária pelo IGPM (pro rata die) + Juros de Mora 1% ao mês (pro rata die) a serem cobrados com base no valor	20/03/2020	R\$ 1.673,80

4684-52F6-27C6-EDF2-36CD-A81E-2C93-0305

卷之三



Celesc
Distribuição S.A.

• 100 •

更多資訊請到 [www.Audi.com.tw](#) 請到 Audi 線上商店
Audi 線上商店為您服務

49437-2183.00-000-08 11 00

Estado/UF	Mês/Ano - Fatura	Data de Vencimento
	03/2020	20/03/2020
Número da Fatura	Nº. Unidade Consumidora	Valor Total a Pagar
01-20205800010106-2	29975272	R\$ 1.673,80





10ª ALTERAÇÃO DO ATO CONSTITUTIVO

CNPJ: 05.851.892/0001-58.

DORVAL HENRIQUE FERRARI, Brasileiro, nascido em 04/05/1971 na cidade de Pouso Redondo, Estado de Santa Catarina, Casado pelo regime de comunhão universal de bens, Comerciante, portador da Carteira de Identidade nº 2.123.066-8, expedida pela SSP/SC, cadastrado no CPF sob nº 675.052.959-34, residente e domiciliado à Rua Paulo Zimmermann, nº 135, Apto 62, Bairro Centro, CEP 89010-170, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina.

ÚNICO sócio da empresa **CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI**, estabelecida na Rua Comandante Joãozinho Haeger, nº. 121, CEP 89010-190, Bairro Centro, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina, com inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ sob nº 05.851.892/0001-58, com seu ato constitutivo registrado e arquivado na Junta Comercial do Estado de Santa Catarina – JUCESC, em 21/08/2003 sob nº 42600154364, resolvem por este instrumento e na melhor forma de direito, promover a presente alteração contratual, o que fazem mediante as seguintes cláusulas e condições:

1 - A partir deste instrumento retira-se da empresa o titular **DORVAL HENRIQUE FERRARI** que vende e transfere o montante de 80.000 (oitenta mil) cotas, no valor unitário de R\$ 1,00 (um real) cada uma, e no valor total de R\$ 80.000,00 (oitenta mil), à titular ingressante **MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO**, Brasileira, nascida em 07/08/1974, na cidade de Taió, Estado de Santa Catarina, Casada pelo regime de comunhão parcial de bens, Empresária, portadora da Carteira de Identidade nº 2.915.595, expedida pela SSP-SC, cadastrada no CPF sob nº 000.597.319-82, residente e domiciliada à Rua Farm Gotlieb Elinger, nº 151, Bairro Escola Agrícola, CEP 89010-000, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina, operando-se a venda e transferência descrita, com todos os direitos e obrigações a ela inerentes.

2 - O titular retirante DORVAL HENRIQUE FERRARI, na condição de cedente, declara ter recebido neste ato, em moeda corrente nacional, a importância acima mencionada neste instrumento, do respectivo cessionário, dando-lhe e recebendo plena, geral, rasa e irrevogável quitação, nada mais tendo a reclamar seja a que título for.

3 - A empresa passa a ser administrada por tempo indeterminado pela titular MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO no cargo de administradora, a qual assinará pela empresa sempre ISOLADAMENTE.

4 - A titular ingressante, decide elevar o capital da empresa, que antes era de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) e será elevado para o valor de R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais), sendo subscrito e integralizado a importância de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) neste ato em moeda corrente nacional.

5 – Todas as demais cláusulas e condições estabelecidas nos atos constitutivos da sociedade, não alcançados pelo presente instrumento, permanecem em vigor. Os casos omissos e não regulados pelo presente contrato, serão regulados pelo código civil de 2002.

Página 1 de 3



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

26/02/2020

Junta Comercial do Estado de
Certifico o Registro em 26/02/2020.

Certifico o Registro em 26/02/2020
Arquivamento 20204783640 Protocolo 204783640 de 21/02/2020 NIRE 42600154364

Arquivamento 20204/83640 Protocolo 204/83640 de 21/02/2020 NIR
Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS FIRELLI

Nome da empresa **CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI**
Este documento pode ser verificado em <https://regin.jucece.se.gov.br/authenticacao/Documentos/authenticacao.aspx>

Este documento pode ser verificado no site
Chancery 156647706071640

Chancelaria 15664 //060/1649
Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/02/2020 por Blasco Borges Barcellos - Secretario geral

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/02/2020 por Blasco Borges Barcellos - Secretário-geral

lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002 e com a regência supletiva da Lei 6.404/76, conforme faculta o § 1º do artigo 1.053 da Lei 10.406/2002.

6 – Para uma maior dinamização das atividades da sociedade e das decisões da administração, diante das alterações sofridas pelas disposições contratuais, foi resolvido, mediante aprovação unânime dos sócios, consolidar e, consequentemente, dar uma nova redação para o Contrato Social vigente, já consideradas as alterações discriminadas nos itens precedentes e revogação em contrário, passando o mesmo a vigorar com a seguinte redação:

CONSOLIDAÇÃO DO ATO CONSTITUTIVO

CAPITULO ÚNICO

DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETIVO E PRAZO

Cláusula 1ª - A empresa gira sob o nome empresarial “**CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI**”.

Cláusula 2ª – O capital é de **R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais)**, totalmente integralizado em moeda corrente nacional.

Cláusula 3ª – A empresa tem a sua sede estabelecida à Rua Comandante Joãozinho Haeger, nº. 121, CEP 89010-190, Bairro Centro, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina.

PARÁGRAFO ÚNICO – A empresa, a critério de sua administração, poderá abrir filiais, sucursais, agências ou escritórios em qualquer parte do território nacional e no exterior.

Cláusula 4ª – A empresa tem por objeto social o ramo de atividade de assessoria relacionado a seguro obrigatório de veículos automotores, motocicletas, carros e caminhões, prestados a hospitais, empresas e pessoas físicas.

Parágrafo Único – A responsabilidade técnica quando exigida pela legislação vigente, será de profissionais legalmente habilitados, titular da empresa ou não.

Cláusula 5ª – A empresa iniciou suas atividades em **15 de Agosto de 2003**, e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

Cláusula 6ª – A empresa é administrada pela titular **MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO**, com poderes atribuições de administrar os negócios, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao objeto.

Cláusula 7ª – Fica eleito o foro da comarca de **Blumenau/SC**, para dirimir qualquer controvérsia emergente do presente ato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula 8ª – A titular declara sob as penas da lei de que não está impedida de exercer a administração da empresa, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o

Página 2 de 3



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 26/02/2020

Arquivamento 20204783640 Protocolo 204783640 de 21/02/2020 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>
Chancela 156647706071649

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/02/2020 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral

26/02/2020

acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

Cláusula 9^a – A empresária **MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO**, declara que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.

Blumenau, 29 de Janeiro de 2020.

Assinado digitalmente por:

TITULAR INGRESSANTE: MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO - CPF 000.597.319-82.
--

TITULAR RETIRANTE: DORVAL HENRIQUE FERRARI - CPF: 675.052.959-34.
--

Página 3 de 3



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 26/02/2020

26/02/2020

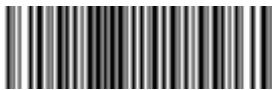
Arquivamento 20204783640 Protocolo 204783640 de 21/02/2020 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>

Chancela 156647706071649

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/02/2020 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral



204783640

TERMO DE AUTENTICACAO

NOME DA EMPRESA	CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI
PROTOCOLO	204783640 - 21/02/2020
ATO	002 - ALTERACAO
EVENTO	021 - ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

NIRE 42600154364
 CNPJ 05.851.892/0001-58
 CERTIFICO O REGISTRO EM 26/02/2020
 SOB N: 20204783640

EVENTOS

051 - CONSOLIDACAO DE CONTRATO/ESTATUTO ARQUIVAMENTO: 20204783640

REPRESENTANTES QUE ASSINARAM DIGITALMENTE

Cpf: 00059731982 - MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO

Cpf: 67505295934 - DORVAL HENRIQUE FERRARI



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 26/02/2020

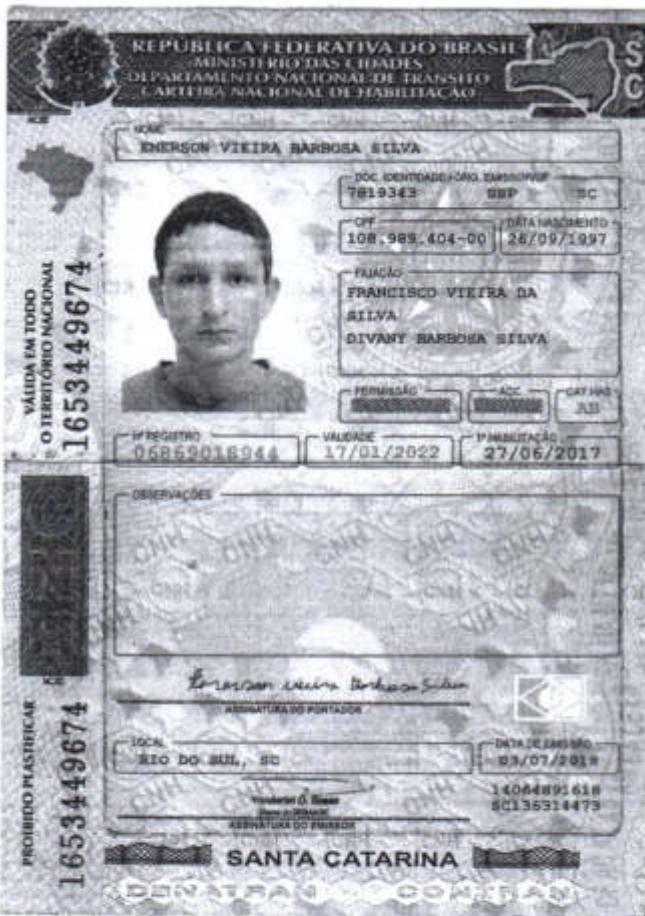
26/02/2020

Arquivamento 20204783640 Protocolo 204783640 de 21/02/2020 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>
 Chancela 156647706071649

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/02/2020 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *-tjal.jus.br., protocolado em 07/12/2021 às 16:22, sob o número WSAN21700102737. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700836-95.2021.8.02.0055 e código 553DF28.


ASSOCIAÇÃO BENEF. BENTO CAVALHEIRO

Rua Murilo Bortoluzzi, S/N - Sede, São Joaquim - SC

CEP: 88600000 Telefone: 04932331102

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

 Nome: **EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA**
Identificação do Paciente
Prontuário: 17304

N. Intern: 38789

Data Nasc: 26/09/1997

Convênio: SUS

CNS: 702109762301196

Sexo: Masculino

Idade: 23a 3m 4d

Profissão:

RG: 7819343

Endereço: Sc 350, SN Centro

CPF: 10898940400

Cidade: Laurentino - SC

Pai: Francisco Vieira Da Silva

Local Trabalho :: .

Mãe: Divany Barbosa Silva

Acompanhante :: O paciente

Telefone:
Telefone: (47)992204475

Naturalidade: Laurentino

Raça/cor:
Grau Instrução :: .

Dados do Atendimento - Recepção
Data atendimento : 30/12/2020

Hora de entrada: 23:22

 Assinatura Responsável

 Assinatura Paciente



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº Ocorrência (QNI): _____
Data: _____
USA: _____
CR: _____

J3	Médico (a)	Enfermeiro (a)	Condutor Socorrista
Equipa:	<i>Alessandra</i>	<i>Alessandra</i>	<i>Lucas</i>

Nome do Paciente:	<i>Wanderley de Melo</i>	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	Idade:	<i>35</i>	[A] <input type="checkbox"/>	[M] <input type="checkbox"/>	[D] <input type="checkbox"/>
Município:		Bairro:						
Rua:		Número:						
Nome Mãe Paciente:		Complemento / Referências:						

Grau de Risco: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL Motivo do Acionamento:

J3	Saída	Chegada no local	Saída do local	Chegada na Unid. de Saúde	Saída da Unid. de Saúde	Chegada na base
	J9	J10	J9	J10	J11	J12
Horários:	<i>11:17</i>	<i>12:15</i>	<i>12:11</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>

() ATENDIMENTO PRIMÁRIO (AGRAVO)					
() CAUSAS EXTERNAS	() CLÍNICO ADULTO	() CLÍNICO PEDIÁTRICO	() OBSTÉTRICO	() PSIQUIÁTRICO	
<input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> OVACE	<input type="checkbox"/> Síndrome Infeccioso	<input type="checkbox"/> Síndrome Infeccioso	<input type="checkbox"/> Trab. de parto (Termo)	<input type="checkbox"/> Com agitação	
<input type="checkbox"/> Queda de nível	<input type="checkbox"/> Distúrbio Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Distúrbio Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Trab. de parto (Prematuro)	<input type="checkbox"/> Sem agitação	
<input type="checkbox"/> Acidente aquático/Afogamento	<input type="checkbox"/> Distúrbio Neurológico	<input type="checkbox"/> Distúrbio Neurológico	<input type="checkbox"/> Abortamento	<input type="checkbox"/> Dep. Química	
<input type="checkbox"/> Trauma térmico/Queimadura	<input type="checkbox"/> Distúrbio Respiratório	<input type="checkbox"/> Distúrbio Respiratório	<input type="checkbox"/> Emerg. clínicas na gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	
<input type="checkbox"/> Trauma elétrico (Raio/Eletrocussão)	<input type="checkbox"/> Distúrbio Abdominal	<input type="checkbox"/> Distúrbio Abdominal			
<input type="checkbox"/> Colisão de trânsito:	<input type="checkbox"/> Distúrbio Endócrino e Metabólico	<input type="checkbox"/> Distúrbio Endócrino e Metabólico			
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Intoxicação exógena	<input type="checkbox"/> Intoxicação exógena			
	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	DUM: _____	IG (DUM): _____	IG (US): _____

() ATENDIMENTO SECUNDÁRIO (Transporte entre serviços médicos)					
Cidade de atendimento: _____	Cidade de destino: _____			Interceptação: [] SIM [] NÃO	
Unidade Saúde Origem: _____	Unidade Saúde Destino: _____			[] Unidade de apoio:	

Escala de Coma de Glasgow:	Abertura Ocular		(4) Espontânea	(3) Ao comando	(2) À dor	(1) Ausente	ECG-P:
	Melhor Resposta Verbal	(5) Orientado	(4) Desorientado	(3) Palavras inapropriadas	(2) Sons incomp.	(1) Ausente	
	Melhor Resposta Motora	(6) Ao comando	(5) Localiza dor	(4) Retirada à dor	(3) Decorticado	(2) Descerebração	(1) Ausente
Pupilas:	<input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas (<input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D)	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Foto reagente (<input type="checkbox"/> Sim, Opt.) <input type="checkbox"/> Parcial, -1pt.) <input type="checkbox"/> (Não, -2pt.)				

Sinais vitais:	Hora (HH:MM): <i>12:15</i>	Hora (HH:MM): <i>12:15</i>	Hora (HH:MM): <i>12:11</i>	Hora (HH:MM): <i>12:11</i>	Hora (HH:MM): <i>12:11</i>
	PA (mmHg): <i>120/80</i>				
	FC (lpm): <i>75</i>				
	FR (lpm): <i>16</i>				
	T (°C): <i>36</i>				
	SpO2 (%): <i>96</i>				
	HGT (mg/dL): <i>100</i>				

Evolução e Conduta Médica:	Evolução e Conduta de Enfermagem:
<p><i>Paciente apresentou queixa de náuseas e vômitos, com dificuldade para se sentar, sentindo-se mal, com desmaio, sem perda de consciente, com sangramento nasal. Foi levado ao hospital.</i></p>	
<p><i>Exame: T: 36°C, PA: 120/80 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 16 lpm, SpO2: 96%, HGT: 100 mg/dL. Foi realizada monitorização e oxigenoterapia. Foi encaminhado ao hospital.</i></p>	

Alessandra M. DESCONHECIDA
Enfermeira
COREN-SC B1.34

(Associação Benef. Bento Cavalheiro)

Prontuário Unificado

Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Nascimento: 26/09/1997 CPF: 10898940400

Filtros

Seleção: Prontuário: 17304

Impresso: 19/03/2021 13:55

Atendimentos: 38789

Dados

Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Idade: 26/09/1997 - 23a 5m

CNS: 702109762301196

Mãe: Divany Barbosa Silva

Pal: Francisco Vieira Da Silva

Sexo: M

Tipo Sangue:

Cidade: Laurentino

RG: 7819343

Telefone:

Endereço: Sc 350

CPF: 10898940400

RA: 2 - 38789
30/12/2020 23: 22Pronto Atendimento
CRM-SC-22573 THIAGO CAMPOS DE SOUZA

Alta

31/12/2020
10:06Motivo da alta:
ALTA MELHORADO

Proc. SUS:

Encaminhado para internação:

CID Definitivo:
S420 - S420 - Fratura da clavícula

Dados da triagem

Profissional: ARIANA OLIVEIRA Hora da triagem:23:30

Queixa

RELATA Queda de moto dor em MSD conduzido pelo SAMU USA

PA Máx	PA Min	FC	Sat. SO2
130	80	102	97.0

Anamneses (CRM-SC-22573 THIAGO CAMPOS DE SOUZA - 30/12/2020 23:27)

30/12/2020 23:27 Trazida pelo SAMU USA devido a queda de moto. Relata dor em HTE, dor em ombro e punho direito. Nega alergias
Queixa Principal30/12/2020 23:27 BEG, LACO, corado, hidratado eupneico, glasgow 15; pupilas isofotorreagentes, sem nistagmo, sem dor cervical.
Exame físico AC: BNF, RR, 2T, sem sopros
Tórax: MV+, sem cloro pulmonar, sem RA, escoriações à esquerda
AB: Piano RHA+, flácido, indolor
Pele estavel
Dor a palpação e mobilização de ombro e punho direitos30/12/2020 23:27 medicamento
Conduta rx tórax, ombro e punho direito

Diagnósticos

31/12/2020 S420 - S420 - Fratura da clavícula

Evoluções

31/12/2020 01:53 EM TEMPO:
Medico
CRM-SC-24089 CLEITON
SENA DE MOURA

CONTATO COM DR PEDRO, QUE AUTORIZOU ENVIO DO PACIENTE PARA AVALIAÇÃO.

31/12/2020 01:13 PELA ORTOPÉDIA - PS
Medico
CRM-SC-24089 CLEITON
SENA DE MOURA

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, MORADOR DE LAURENTINO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO E TORAX. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS OU COMORBIDADES.

AO EX FISICO: ESCORIASSES EM HEMITORAX ESQUERDO EM EM OMBRO DIREITO.
EDEMA EM OMBRO DIREITO
SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE AUSENTE EM TERRITÓRIO DE C5-T1
CIANOSE DE EXTREMIDADE DOS DEDOS, POREM, COM PULSO RADIAL E ULRNAR PRESENTES

RADIOGRAFIA - FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA + ESCAPULA DIREITA

CD: CONTATO COM LAGES PARA AVALIAÇÃO COM NEURO/ VASCULAR/ TC

(Associação Benef. Bento Cavalheiro)

Prontuário Unificado

Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Nascimento: 26/09/1997 CPF: 10898940400

30/12/2020 23:57

Medico

CRM-SC-22573 THIAGO

CAMPOS DE SOUZA

RX de tórax - fratura de clavícula direita
RX de ombro fratura de escápula e clavícula direita
RX punho sp

P: aval orto

Medicamentos utilizados

CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)
CLORIDRATO DE TRAMADOL 100MG/2ML
SORO CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML (SORO FISIOLOGICO)
SULFATO DE MORFINA 10MG/ML 1ML

Exames Laboratoriais



SOCIEDADE MÃE DIVINA PROVIDÊNCIA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES
CNES 2504316 - CNPJ: 84.942.887/0001-27
Rua Hercílio Luz, 35 - Centro - Lages - SC - Fone: (49) 3221-6400

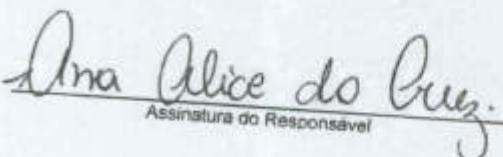


FICHA DE ATENDIMENTO - URGÊNCIA

Frontuário: 462459

Atendimento: 134328

Convênio: SUS-PLANO UNICO

DADOS DO PACIENTE			
Nome Societ:	EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA		
Nome:	EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA		
Data de Nasç:	26/09/1997		
Endereço:	ESTRADA RIBEIRAO BASILIO		
Bairro:	Nro.: 197	Estado:	SANTA CATARINA
Cidade:	LAURENTINO		
Estado Civil:	SOLTEIRO		
Conjuge:			
Nome da Mãe:	DIVANY BARBOSA SILVA		
Profissão:	OUTROS		
DADOS DO RESPONSÁVEL			
Responsável:	ANA ALICE DA CRUZ		
Telefone:	992204475		
Endereço:	ESTRADA RIBEIRAO BASILIO		
Cidade:	LAURENTINO		
Médico:	CRM:	55265	
Especialidade:	Setor:		
Caráter:	Quarto:		
Tipo Atendimento:	Funcionário:		
Tipo Paciente:	Dt/Hr Atend.		
Observações:	PLANTONISTA MEDICO CLINICO GERAL URGÊNCIA CONSULTA EM PRONTO SOCORRO UE II URGENCIA E EMERGENCIA		
DADOS DO ATENDIMENTO			
	CRM:	55265	
	Setor:		
	Quarto:		
	Funcionário:		
	Dt/Hr Atend.	GREYCE.PIOLA 31/12/2020 03:49	
TERMO DE RESPONSABILIDADE Confirmo os dados fornecidos e autorizo o Hospital a realizar os procedimentos médicos a mim ou a meu familiar que forem necessários em razão deste atendimento, bem como formalizo autorização expressa para que sob orientação direta do meu médico sejam realizados exames, cirurgias, biópsias, transfusões e demais condutas terapêuticas que a critério médico que se tornem indispensáveis ao meu pronto restabelecimento inclusive os terceirizados que poderão ser cobrados a parte.			
Assinatura do Paciente		 Assinatura do Responsável	
Assinatura da Testemunha		Assinatura da Testemunha	



SOCIEDADE MAE DA DIVINA PROVIDÊNCIA HNSP
HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES
CNES: 2504316.0 CNPJ: 8.494.288/0001-27 E13

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO

Confirmo os dados fornecidos e autorizo o Hospital a realizar os procedimentos médicos a mim ou a meu familiar que forem necessários em razão deste atendimento, bem como formalizo autorização expressa para que sob orientação direta de meu médico sejam realizados exames, cirurgias, biópsias, transfusões e demais condutas terapêuticas que a critério do médico se tornem indispensáveis ao meu pronto restabelecimento.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem aparecer situações ou elementos novos que, não puderam ser previamente identificados, e, desse modo, outros procedimentos adicionais ou diferentes daquele previamente programados possam ser necessários.

Em razão disso, AUTORIZO o médico e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que eventualmente venha a se concretizar.

É de meu conhecimento que o médico e sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos que estão à sua disposição, visando atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a medicina uma ciência exata, fica impossível prever um resultado exato, para toda e qualquer prática médica, razões pelas quais eu ACEITO o fato de que não podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora, ou mesmo quanto ao tempo de permanência dos resultados obtidos.

Declaro ter CIÊNCIA de que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não agir, poderei comprometer o trabalho dos médicos e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de colocar em risco minha saúde e meu bem estar.

Também tenho conhecimento que o tabagismo, o uso de drogas e de álcool, mesmo não impedindo a realização de um procedimento médico/cirúrgico, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas.

Declaro estar CIENTE que poderá ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período indeterminado.

ACEITO os riscos dos procedimentos e o fato de que a ocorrência de fenômenos e complicações podem implicar na necessidade de nova cirurgia ou novos procedimentos, que poderão ou não resolver o problema.

Confirmo ter recebido todas as informações referentes ao meu tratamento e a minha doença, não restando dúvida sobre o plano de tratamento exposto pelo médico responsável. Declaro, ainda, estar ciente de que todos os procedimentos possuem riscos diversos, os quais também me foram esclarecidos, e que as complicações advindas dos procedimentos médicos podem gerar resultados diferentes dos programados inicialmente.

Lages - SC, 31/12/2020

Assinatura do Responsável

Nome: EMERSON VIEIRA BARROSA SILVA

RG: 7819343

Endereço: ESTRADA RIBEIRAO BASILIO

CPF: 10898940400

Assinatura das testemunhas

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

RG: _____



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ACOMPANHANTE (RISCOS DIVERSOS)

Eu, ANA ALICE DA CRUZ, residente e domiciliado(a) à ESTRADA RIBEIRAO BASILIO ANA ALICE DA CRUZ, Bairro: INTERIOR na cidade de LAURENTINO - SC, inscrito(a) no CPF sob nº 05285193958 e RG nº 4149137, podendo ser contactado(a) através do(s) telefone: 992204475 me declarando como sendo a única pessoa no momento apta a figurar como Acompanhante do(a) Paciente EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA, CPF nº 10898940400, e considerando a necessidade do(a) mesmo(a) em estar acompanhado(a) da minha pessoa durante o período em que o(a) mesmo(a) estiver internado(a), declaro para os devidos fins e efeitos que fui informado(a) sobre as medidas de prevenção de contágio adotadas pelo Hospital Nossa Senhora dos Prazeres-HNSP como também instruções referente ao meu comportamento nesse ambiente hospitalar em decorrência da pandemia do COVID-19, sendo uma delas, a restrição de visitantes e de acompanhantes a pacientes internados na instituição.

- Também fui cientificado(a) pela instituição que as restrições de visitas e de acompanhamentos acima mencionadas se aplicam ao público em geral, mas principalmente às pessoas que de acordo com orientações do Ministério da Saúde (2020) estão por algum motivo (clínico ou em virtude da idade) inseridas no chamado "Grupo de Risco".

- Declaro ainda, que fui questionado(a) e informado(a) que para me enquadrar as possibilidades de acompanhante não posso estar apresentando sintomas de gripe ou de resfriado (febre, tosse, dor de garganta, dores no corpo ou calafrios) como também, fica negada minha possibilidade de realizar visitas a pacientes internados nesse hospital.

- Desta forma, mesmo tendo sido informado(a) sobre a iminente possibilidade de contágio pelo COVID-19 em virtude de estar inserido(a) em grupo de risco, manifesto a minha livre e espontânea vontade em figurar como Acompanhante do(a) paciente acima referenciado(a), e que a deliberação da instituição nesse sentido é conferida em caráter excepcional, dada as necessidades do(a) paciente.

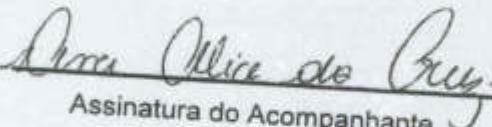
- Estou ciente que além do risco de contágio pelo COVID-19, estarei exposto(a) também a outros tipos de riscos por permanecer por um tempo prolongado dentro do hospital, como (mas não somente) riscos de infecções por diversos agentes vírais que podem prejudicar minha saúde e minha integridade física, não se descartando, inclusive, a possibilidade da ocorrência de outros tipos de acidentes imprevisíveis.

- Deixo aqui, minha ciência que estou assumindo compromissos junto a instituição, sendo elas voltadas a minha segurança, a dos pacientes internados e demais acompanhantes, bem como, a toda equipe assistencial que aqui atua, evitando assim, sair do quarto e transitar sem necessidade pelos corredores e instalações do hospital.

- Assim, por este Termo de Responsabilidade que ora assino de forma livre, espontânea e consciente, isento a instituição, terceiros, corpo clínico, corpo assistencial, colaboradores e prepostos do HNSP de qualquer tipo de responsabilização por eventuais danos a mim ocasionados por conta de minha livre e isolada decisão em me figurar como acompanhante do(a) paciente retro mencionado(a).

Declaro, para todos os fins, que o presente termo é firmado sem qualquer vício, sendo manifesta expressão de minha vontade.

Lages - SC, 31 DE DEZEMBRO DE 2020


Assinatura do Acompanhante

Testemunha/Nome
CPF:

Testemunha/Nome
CPF:

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



SOCIEDADE MAE DA DIVINA PROVIDÊNCIA HNSP
HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES
CNES: 2504316.0 CNPJ: 8.494.288/0001-27 E13

TERMO DE CIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

O presente Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde tem por objetivo cientificar o(a) paciente e/ou seu responsável/representante legal a respeito da possibilidade de transferir o paciente de Hospital para Nossa Senhora dos Prazeres. Ressalta-se que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometem o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai, mãe) ou responsável legal. Nos casos excepcionais de internação em serviço hospitalar privado complementarmente ao SUS e previamente autorizada pela Central Estadual de Regulação, a partir da disponibilização de leito na rede pública, a transferência é obrigatória.

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

RG: 7819343

CPF: 10898940400

DECLARO QUE:

1. Tenho ciência de que para garantir tratamento de saúde adequado e após a avaliação médica, de acordo com a complexidade do quadro clínico e/ou capacidade de leitos hospitalares, poderá ocorrer a minha transferência (ou transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar.
2. Em caso de necessidade autorizo a minha transferência hospitalar (ou transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar para iniciar ou dar continuidade a internação para tratamento de saúde, desde que, haja concordância da equipe médica assistente.

Nome: ANA ALICE DA CRUZ

RG: 4149137

Fone: 992204475

CPF: 05285193958

Lages - SC, 31/12/2020

Ana Alice da Cruz
Assinatura do paciente/responsável/representante legal

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 31/12/2020 19:54:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA RG: 7819343 PESO:

IDADE: 23 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 26/09/1997

PRESTADOR ASSISTENTE: BRUNA D AGOSTINI

DATA DE ATENDIMENTO: 31/12/2020 03:49:07 ATENDIMENTO: 134328 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -16 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

TRATAMENTO TERAPÉUTICO

PRESTADOR: TELMO RAMOS RIBEIRO FILHO ÚLTIMA: 31/12/2020

EVOLUÇÃO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAUMA DE CINTURA ESCAPULAR COM FRATURA DE CLAVICULA E ESCAPULA, SEGUNDO A INFORMAÇÃO COLHIDA O ORTOPEDISTA AVALIOU (NÃO VEJO A AVALIAÇÃO NO SISTEMA) E NÃO INDICOU CIRURGIA, REPITO - SIC. PACIENTE COM MONOPLEGIA A DIREITA.

AO EXAME

PACIENTE COM DERMOABRASÃO EM TORAX E ABDOMEN , FAZ USO DE TIPOIA / COM APOIO NO MS DIREITO MONOPLEGIA DE M SUPERIOR DIREITO COM ABOLIÇÃO DE REFLEXOS E ANESTESIA ASSOCIADA. TEM SENSIBILIDADE PRESERVADA NA REGIÃO SUPERIOR DA CINTURA ESCAPULAR

HD LESÃO DE PLEXOS BRAQUIAIS SUPERIOR E INFERIOR

CD ALTA NEUROCIRURGICA PARA EXPLORAÇÃO AMBULATORIAL E CONDUTA NEUROCIRURGICA SE NECESSÁRIA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS MEDICACAO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALATA COM ENCAMINHAMENTOS

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

Bruna D Agostini, AC Certisign Múltiplo G7, 07012686979, 15/01/2021 01:58 BRT 15/01/2021.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 134328

Prontuário: 462459

Data do atendimento: 31/12/2020 03:49:00

Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Convênio: SUS

Plano: PLANO UNICO

Idade: 23 anos e 4 meses

26/09/1997

Médico(a) Assistente / CRM: BRUNA D AGOSTINI / CRM - SC - 23719

Função: MEDICO(A)

Prestador responsável pelo documento: STEFANI LOUISE TESSER - CRM - SC - 29781

Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 31/12/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

STEFANI LOUISE TESSER
CRM 29781 - MEDICO CLINICO GERAL

MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Atendimento: 134328

Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data de Nascimento: 26/09/1997

Médico Assistente: BRUNA D AGOSTINI

Prestador Responsável: FERNANDO BORGES

Conselho / Número COREN - SC - 745457

Idade: 23 Anos 4 Meses

Leito Atual:

Setor: URGENCIA E EMERGENCIA

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 31/12/2020

Data anotação: 31/12/2020

Responsável: KARINA ALBINO

Hora anotação: 19:38

Leito:

Encontra-se no leito da EMG. Acordado, calmo, lúcido, orientado, comunicativo. Refere "dor na perna D". Pupilas isofotoreagentes. Respirando em ar ambiente, sem desconforto, saturação satisfatória.

Segue em NPO até segunda ordem.

Expansibilidade e simetria torácica preservada.

Abdômen plano, flácido e indolor.

Acesso venoso periférico em MSE, permeabilizado.

Eliminações vesicais presentes em papagaio. Eliminações intestinais ausentes.

Apresenta pele íntegra, corado, com boa perfusão periférica. Mantém tala de imobilização em MID.

Verificado sinais vitais. Medicado CPM. Segue em observação e aguarda conduta médica + avaliação da ortopedia.

KARINA ALBINO

COREN - SC - 621152

ANOTAÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 31/12/2020

Data anotação: 31/12/2020

Responsável: FERNANDO BORGES

Hora anotação: 04:00

Leito:

PACIENTE ADMITIDO NO SETOR DA EMERGENCIA , PROVINTE DO MUNICIPIO DE SÃO JOAQUIM COM AMBULANCIA , CHEGOU EM MACA , ACORDADO , LUCIDO , ORIENTADO , COMUNICATIVO , VENTILANDO ESPONTANEO EM AR AMBIENTE , PACIENTE RELATOU QUI SOFREU UMA QUEDA DE MOTOCICLETA , ACABOU PASSANDO RETO EM UMA CURVA , COM TRAUMA EM MSD SUSPEITA DE FRATURA EM CLAVICULA SENDO QUI CHEGOU IMOBILIZADO COM UM VELPO EM MSD , MAIS ESCORIAÇÕES EM EM TORAX MAIS ABDOMEN , REFERE DOR , FOI EXAMINADO COM PLANTONISTA DA EMERGENCIA , AGUARDA CONDUTA MÉDICA .

FERNANDO BORGES

COREN - SC - 745457



Paciente....: 462459 - EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
Dt Nasc....: 26/09/1997 (23a 4m 17d)

Peso.....: KG Altura: CM Sup. Corporea:
Convênio....: SUS

Prescrição...: 606574 Data: 31/12/2020 04:06 Usuário: STEFANI.TESSER

Atendimento: 134328 Internação.: 31/12/2020 03:49 0 Dias(s) int

Médico.....: BRUNA D AGOSTINI Serviço: MEDICO CLINICO GERAL

Unid. Int....: Leito... Cobertura:

Cid.....: S420 FRATURA DA CLAVÍCULA Ciclo...: /

Diagnóstico: Protocolo...:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: STEFANI LOUISE TESSER - CRM - SC - 29781

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável

Evolução

EMERGÊNCIA

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

NEGA COMORBIDADES

> ENCAMINHADO DE SÃO JOAQUIM DEVIDO SUSPEITA DE LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL // LESÃO VASCULAR // → PERDA DE MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE NEM TERRITÓRIO DE C5-T1

> PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO ÀS 22H DO DIA DE HOJE - PASSOU RETO NA CURVA - SIC.
FAZIA USO DE CAPACETE - NEGA TCE.
TRAUMA EM TÓRAX E MSD.

> AO EF: BEG, LOC, MUCH GLASGOW 15, PIFR
ESCORIAÇÕES EM HEMITÓRAX ESQUERDO E OMBRO DIREITO // FERIMENTO CORTO CONTUSO SUPERFICIAL EM
QUEIXO
EDEMA E DOR A PALPAÇÃO EM OMBRO DIREITO
SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE AUSENTES EM BRAÇO + ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA
FORÇA DE MSE E MMII PRESERVADA
AP: MV +, S/RA
AC: RR, 2T, BNF SAT O2 AA 96% FC 86 BPM

> TRAUMA

> REPITO RX + ANALGESIA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA



Paciente.....: 462459 - EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Dt Nasc.....: 26/09/1997 (23a 4m 17d)

Peso.....: KG Altura: CM Sup. Corporea:

Convênio....: SUS

Prescrição...: 606574 Data: 31/12/2020 04:06 Usuário: STEFANI.TESSER

Atendimento: 134328 Internação.: 31/12/2020 03:49 0 Dias(s) Int

Médico.....: BRUNA D AGOSTINI Serviço: MEDICO CLINICO GERAL

Unid. Int....: Leito.. Cobertura:

Cid.....: S420 FRATURA DA CLAVÍCULA Ciclo.: /

Diagnóstico: Protocolo..:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: STEFANI LOUISE TESSER - CRM - SC - 29781

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PREScrição URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Alta Vigilância Alergia
 Antimicrobiano

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 <input checked="" type="checkbox"/> TRAMADOL 50MG/ML 2ML > SERINGA 3ML SLIP > AGULHA 40X1,20MM SEM DISPOSITIVO SEGURANCA > SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML	1	AMPOLA 1 UNIDADE 1 UNIDADE 1 FRASCO		EV	AGORA	[31/12] 04:13
2 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML > AGULHA 40X1,20MM SEM DISPOSITIVO SEGURANCA > AGUA INJECAO 10ML > SERINGA 10ML SLIP	1	AMPOLA 1 UNIDADE 1 AMPOLA 1 UNIDADE		EV	AGORA	[31/12] 04:13
SOROTERAPIA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML ; 15,00 ML/Hr	1	FRASCO		EV	AGORA	[31/12] 04:13
EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX OMBRO - DIREITO ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
5 RX CLAVICULA - DIREITA ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
6 RX COTOVELO - DIREITO ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
7 RX BRACO - DIREITO ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
8 RX PUNHO - DIREITO ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
9 RX MAO DIREITA ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06
10 RX ANTEBRACO - DIREITA ; Exame: 113229 Justificativa: TRAUMA	1					[31/12] 04:06

Paciente....: 462459 - EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Dt Nasc.....: 26/09/1997 (23a 4m 17d)

Peso.....: KG Altura: CM Sup. Corporea:

Convênio....: SUS

Prescrição...: 606988 Data: 31/12/2020 16:19 Usuário: BRUNA.DAGOSTINI

Atendimento: 134328 Internação.: 31/12/2020 03:49 0 Dias(s) Int

Médico.....: BRUNA D AGOSTINI - CRM 23719

Função: MEDICO(A) Serviço: MEDICO CLINICO GERAL

Unid. Int....: Leito.. Cobertura:

Cid.....: S420 FRATURA DA CLAVÍCULA Ciclo.: /

Diagnóstico: Protocolo..:

Classificação de Risco:

Rubrica do Responsável





Paciente.....: 462459 - EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
Dt Nasc....: 26/09/1997 (23a 4m 17d)
Peso.....: KG Altura: CM Sup. Corporea:
Convênio....: SUS
Prescrição...: 606988 Data: 31/12/2020 16:19 Usuário: BRUNA.DAGOSTINI
Atendimento: 134328 Internação.: 31/12/2020 03:49 0 Dias(s) Int
Médico.....: BRUNA D AGOSTINI - CRM 23719
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: MEDICO CLINICO GERAL
Unid. Int....: Leito.. Cobertura:
Cid.....: S420 FRATURA DA CLAVÍCULA Ciclo...:/
Diagnóstico: Protocolo.:
Classificação de Risco:

Rubrica do Responsável

ANALGESIA

Evolução



Paciente.....: 462459 - EMERSON VIEIRA BARROSA SILVA

Dt Nasc.....: 26/09/1997 (23a 4m 17d)

Peso..... KG Altura: CM Sup. Corporea:

Convenio...: SUS

Prescrição...: 606988 Data: 31/12/2020 16:19 Usuário: BRUNA.DAGOSTINI
Atendimento: 134328 Internação.: 31/12/2020 03:49 0 Dia(s) Int.
Médico: BRUNA.DAGOSTINI

Médico..... BRUNA D AGOSTINI - CRM 23719

Serviço: MEDICO CLINICO GERAL

Ohio, INL... Leito... Cobertura:
Cid... \$420 FRATURA PA 2000

Cid..... S420 FRATURA DA CLAVÍCULA Cid.....
Diagnóstico: Protocolo.....

Classificação de Risco:

Classificação de Risco:

Rubrica do Responsável



PREScrição urgêNCIA/EMERGêNCIA

④ Alta Vigilância

Alergia

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
11	⑥ TRAMADOL 50MG/ML 2ML Justificativa: ANALGESIA > SERINGA 3ML SLIP > AGULHA 40X1,20MM SEM DISPOSITIVO SEGURANCA > SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML	1	AMPOLA		EV	AGORA	[31/12] 16:19
			1 UNIDADE				
			1 UNIDADE				
			1 FRASCO				
12	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML Justificativa: ANALGESIA > AGULHA 40X1,20MM SEM DISPOSITIVO SEGURANCA > AGUA INJECAO 10ML > SERINGA 10ML SLIP	1	AMPOLA		EV	AGORA	[31/12] 16:19
			1 UNIDADE				
			1 AMPOLA				
			1 UNIDADE				



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CÓD. PACIENTE: 462459
IDADE: 23a 4m 17d
SEXO: MASCULINO
CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER
RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
DATA EXAME: 31/12/2020
DATA LAUDO: 31/12/2020

RX ANTEBRAÇO DIREITO (2P)

Ausência de sinais de fratura nas incidências realizadas.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM: 13412 RQE:8983
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CÓD. PACIENTE: 462459
IDADE: 23a 4m 17d
SEXO: MASCULINO
CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER
RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
DATA EXAME: 31/12/2020
DATA LAUDO: 31/12/2020

RX BRAÇO DIREITO (2P)

Fratura na clavícula e na base do acrômio.
 Úmero íntegro.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM: 13412 RQE:8983
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CÓD. PACIENTE: 462459
IDADE: 23a 4m 17d
SEXO: MASCULINO
CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER
RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
DATA EXAME: 31/12/2020
DATA LAUDO: 31/12/2020

RX CLAVÍCULA DIREITA (2P)

Fratura no terço médio da clavícula e na base do acrômio.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM: 13412 RQE:8983
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CÓD. PACIENTE: 462459
IDADE: 23a 4m 17d
SEXO: MASCULINO
CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER
RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
DATA EXAME: 31/12/2020
DATA LAUDO: 31/12/2020

RX COTOVELO DIREITO (2P)

Ausência de sinais de fratura nas incidências realizadas.
 Relações articulares preservadas.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
 CRM: 13412 RQE:8983
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
 Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
 Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CÓD. PACIENTE: 462459
IDADE: 23a 4m 17d
SEXO: MASCULINO
CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER
RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
DATA EXAME: 31/12/2020
DATA LAUDO: 31/12/2020

RX OMBRO DIREITO (2P)

Fratura no terço médio da clavícula e na base do acrômio.
 Relações articulares preservadas.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA
 CRM: 13412 RQE:8983
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
 Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
 Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CÓD. PACIENTE: 462459

IDADE: 23a 4m 17d

SEXO: MASCULINO

CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER

RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA

DATA EXAME: 31/12/2020

DATA LAUDO: 31/12/2020

RX PUNHO DIREITO (2P)

Ausência de sinais de fratura nas incidências realizadas.
Relações articulares preservadas.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA
MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM: 13412 RQE:8983

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
 Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
 Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

PACIENTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CÓD. PACIENTE: 462459

IDADE: 23a 4m 17d

SEXO: MASCULINO

CONVÊNIO: SUS

SOLICITANTE: STEFANI LOUISE TESSER

RADIOLOGISTA: FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA

DATA EXAME: 31/12/2020

DATA LAUDO: 31/12/2020

RX MÃO DIREITA (2P)

Ausência de sinais de fratura nas incidências realizadas.
Relações articulares preservadas.

DR. FERNANDO CESAR VIEIRA SILVA

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM: 13412 RQE:8983

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres – CNPJ: 84.942.887/0001-27
 Rua Hercílio Luz, nº 35 – Centro – Lages | Santa Catarina CEP 88501-011
 Fone (49) 3221-6400 Fax (49) 3221-6429 E-mail secretaria@hnsp.com.br



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Central Assessoria de Seguros Eireli inscrito (a) no CPF sob o Nº 05.851.892/0001-58 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson Vieira Barbosa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.989.404-00 / _____ do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Emerson Vieira Barbosa Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.989.404-00 / _____, 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	Rua Comandante Joãozinho Haeger		Número	121	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Blumenau	Estado	SC CEP 89010-190
Email	central@centraldeseguros.adm.br		Telefone comercial(DDD) 47 30367501	Telefone celular (DDD) 47 98436 3578	

Blumenau/SC, 10 de Fevereiro de 2021
Local e Data

Assinatura do Declarante

OUTROS

MOVIMENTAÇÃO SAC OCORRENCIA 720342

SEGUEM DADOS DA VITIMA ATUALIZADOS PARA
REMARCAÇÃO DA PERICIA:

Endereço atualizado:

Rua ST Barra do Tigre, Sem número - CEP 57500-000

BAIRRO: Povoados.

CIDADE: Santana do Itapema.

U.F: Alagoas.

. Números tels. de contato 047 - 99660-0071

- Email recepcao@centraldesegurosdpv.com.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
208 989 40400 Emerson Vieira Borboza Silva

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

5 - Nome completo:	Emerson Vieira Borboza Silva	6 - CPF:	608 989 40400
7 - Profissão:	recurso	8 - Endereço:	9 - Número: 197
11 - Bairro:	Ribeirão Basílio	12 - Cidade:	10 - Complemento: Lourençino
15 - E-mail:	acusado	13 - Estado:	SC
		14 - CEP:	89170 000
		16 - Tel.(DDD):	47 30367501

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

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brazil

AGÊNCIA: 0276 CONTA: 60065-2
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0276 CONTA: 60065-2
 (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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 Vivos: Falecidos: nasцito (vai nascer)? Sim Não Vivos: Falecidos: pais/avôs 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)

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

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

40 - Local e Data:

Itupiranga, 26/01/2021
Emerson V. R. Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

REGISTRO 0222133/2021-BO-00628.2021.0000361

DATA E HORA DO REGISTRO: 19/03/2021 14h39min

UNIDADE RESPONSÁVEL: PC - DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOAQUIM - 49-3233.8530

FATO

DATA DO FATO: 30/12/2020

HORA DO FATO: 22:15

LOCAL DO FATO: (Via pública/Sem classificação para via pública) RUA SC 114, nº 0, JARDIM MINUANO, SÃO JOAQUIM/SC/BR | CEP: 88600000 | Coordenadas: -28.39832,-50.0223

FATOS COMUNICADOS: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais)

ENVOLVIDOS

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA (23 anos) | Comunicante: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais) | Motorista: Acidente de trânsito (Apenas danos materiais)

Mãe: DIVANY BARBOSA SILVA

Pai: FRANCISCO VIEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 26/09/1997

Naturalidade: MARAVILHA/AL/BRASIL

CNH: 6869018944 - SC

Relato Individual: Relata o comunicante que na data de 30/12/2020 estava transitando na SC 114, quando próximo a São Joaquim, quando se perdeu em uma curva vindo a cair de sua moto, sofrendo lesões no ombro e braço direito. Este boletim somente é para fins de DPVAT.

Outras Informações: • O comunicante assume inteira responsabilidade pelas informações prestadas no relato deste registro e declara estar ciente de que a falsidade no transscrito acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Art. 299 do Código Penal.

ACIDENTE DE TRÂNSITO

NATUREZA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO: A identificar

CAUSA PROVÁVEL: A identificar - Detalhamento da causa a identificar.

BENS/OBJETOS

* Veículo parcialmente identificado - Motocicleta (Envolvido em acidente de trânsito)

Placa: MHJ9893 | Chassi: 9C2KC1640AR018248 | Renavam: 00194346870

HONDA/CG150 TITAN MIX EX - Preta - 2010/2010 - RIO DO SUL/SC - BRASIL

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA (Motorista)

ATENDENTES

THAÍS BARROS LIMA (AGENTE DE POLICIA CIVIL)

Via impressa pela internet

Documento assinado digitalmente. Certificação de validade pelo site <https://delegaciavirtual2.sc.gov.br/impressaoboletimnovo.aspx>

Protocolo nº: 2021021193004 - Código de validação: 22578094

OUTROS

MOVIMENTAÇÃO SAC OCORRENCIA 720342

SEGUEM DADOS DA VITIMA ATUALIZADOS PARA
REMARCAÇÃO DA PERICIA:

Endereço atualizado:

Rua ST Barra do Tigre, Sem número - CEP 57500-000

BAIRRO: Povoados.

CIDADE: Santana do Itapema.

U.F: Alagoas.

. Números tels. de contato 047 - 99660-0071

- Email recepcao@centraldesegurosdpv.com.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

508 989 40400

Emerson Vieira Borboza Silva

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

5 - Nome completo:

Emerson Vieira Borboza Silva

6 - CPF:
608 989 40400

7 - Profissão:

jucusardo

8 - Endereço:

Est Geral Ribeirão Basílio

9 - Número:
197

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ribeirão Basílio

12 - Cidade:

Joacretino

13 - Estado:
SC14 - CEP:
89170000

15 - E-mail:

jucusardo

16 - Tel.(DDD):
47 30367501

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

DADOS CADASTRAIS

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:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: Brazil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0276

3

CONTA: 60065-2

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação 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) Divorciado 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

 Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

 Sim
 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim
 Não

31 - Vítima

 Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?

 Sim
 Não

33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?

 Sim
 Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Itupiranga, 26/01/2021
Emerson Vieira Borboza Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210119959**

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16987047





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16965598





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16941341





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
---------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16926305





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16917418





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendingentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16907669





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 168669813





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendingentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16843653





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210119959

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16799700



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163173/21

Vítima: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 108.989.404-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/12/2020

Titular do CPF: EMERSON VIEIRA
BARBOSA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

central assessoria de seguros : 05.851.892/0001-58

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA : 108.989.404-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/08/2021
Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
CPF: 108.989.404-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2021
Nome: Eduardo Haskel
CPF: 095.117.709-50

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Eduardo Haskel

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): NOME: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF 108.989.404-00

RG 7819343

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: auxiliar de produção

ENDERECO: Estrada Geral Ribeirão Basílio, 197
casa - RIBEIRÃO BASÍLIO - Laurentino/SC - CEP 89170000

OUTORGADOS: Central Assessoria de Seguros Eirelli, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 05.851.892/0001-58, com endereço sede à Rua Comandante Joãozinho Haeger nº 121, Centro, na cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina; neste ato representada por Mildes de Lourdes Ferrari Sabino, brasileira, empresária, casada, portadora do CPF nº000.597.319-82, residente e domiciliada à Rua Farmacêutico Gotlieb Elinger nº 151, Escola Agrícola, na cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, requerer documentos médicos hospitalares / prontuários, convir, confessar e reconhecer a procedência do pedido administrativo, assinar autorização de pagamento - crédito de indenização de sinistro DPVAT e demais documentos necessários, transigir, desistir, receber e dar quitação junto à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT na garantia pleiteada, podendo ainda substabelecer esta, com ou sem reserva de igual poderes, tudo com o fim especial de requerer indenização administrativa do seguro DPVAT - Cobertura de Invalidez Parcial Permanente(IPA); Morte e / ou Despesas Médicas e Hospitalares(DAMS) da vítima EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA.

I
tuporanga-SC, 26 de Janeiro de 2021.

OUTORGANTE: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Acima de 18 anos.

Emerson V.B. Silva



NOTA SE PROTESTO DE TÍTULOS E DE PAGAMENTO E PROTESTO DE Títulos

Av. Presidente Getúlio Vargas, 70
Cidade Industrial - Centro - Rio do Sul - Santa Catarina
CEP 88.000-000 - Fone: (47) 3531-6508

RECONHECIMENTO - 867518
Reconheço a assinatura por AUTENTICIDADE de:
(1)EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA
Rio do Sul, 27 de janeiro de 2021.
Em test. *S.* da verdade.

GIANLESSER, Escrevente Notarial
Encargos: R\$ 3,62 + Selo: R\$ 2,82 - Total: R\$ 6,34 Selo Digital
de Fiscalização - Selo normal FUO70509-AEYR
Confira os dados do ato em: selo.bsc.jus.br
Impresso por: PALOMA

Maria Zélia Della Giustina - tabelião
 Jackson Della Giustina Formiga de Moura - tabelião Substituto






Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *.tjal.jus.br., protocolado em 07/12/2021 às 16:22, sob o número WSAN121700102737 . Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700836-95.2021.8.02.0055 e código 553DF28.



12ª ALTERAÇÃO DO ATO CONSTITUTIVO

“CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI”
CNPJ 05.851.892/0001-58

MILDÉS DE LOURDES FERRARI SABINO, Brasileira, nascida em 07/08/1974, na cidade de Taió, Estado de Santa Catarina, Casada pelo regime de comunhão parcial de bens, Empresária, portadora da Carteira de Identidade nº 2.915.595, expedida pela SSP-SC, cadastrada no CPF sob nº 000.597.319-82, residente e domiciliada à Rua Farm Gotlieb Elinger, nº 151, Bairro Escola Agrícola, CEP 89010-000, Cidade de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Titular da Empresa **CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI**, com sede na Rua Comandante Joãozinho Haeger, nº. 121, CEP 89010-190, Bairro Centro, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina, com inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ sob nº 05.851.892/0001-58, com seu ato constitutivo registrado e arquivado na Junta Comercial do Estado de Santa Catarina – JUCESC, em 21/08/2003 sob nº 42600154364, resolve o ato constitutivo, conforme as seguintes cláusulas e condições:

1 – A partir desse instrumento a sociedade decide alterar o endereço da matriz para Rua Paulo Zimmermann, nº118, sala 301, Edifício Atenas, Bairro Centro, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina, CEP 89010-170.

2- Todas as demais cláusulas e condições estabelecidas nos atos constitutivos da empresa, não alcançados pelo presente instrumento, permanecem em vigor.

3 - Para uma maior dinamização das atividades da empresa e das decisões da administração, diante das diversas alterações sofridas pelas disposições contratuais, foi resolvido, mediante, aprovar a consolidação e consequentemente dar uma nova redação para o Ato Constitutivo vigente, já consideradas as alterações discriminadas nos itens precedentes e revogação em contrário, passando o mesmo a vigorar com a seguinte redação:

CAPITULO – I

DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETIVO E PRAZO

Cláusula Primeira - A empresa gira sob o nome empresarial “**CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI**”.

Cláusula Segunda – O capital é de R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais), divididos em 105.000 (cento e cinco mil) cotas no valor de R\$1,00 (um real) cada uma. O Capital Social inteiramente subscrito, em moeda corrente do País, é dividido da seguinte forma:

TITULAR	QTDE. COTAS	VALOR- R\$	%
MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO	105.000	105.000,00	100%
TOTAL	105.000	105.000,00	100%



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

14/06/2021

Junta Comercial do Estado de
Certifico o Registro em 14/06/2021

Certifico o Registro em 14/06/2021
Arquivamento 20218854595 Protocolo 218854595 de 08/06/2021 NIRE 42600154364

Arquivamento 20218854595 Protocolo 218854595 de 08/06/2021 NIK
Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>

Este documento pode ser verificado no site da Chancelaria
Chancela 102108817873022

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 14/06/2021 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral
Chave: 16270007173029

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 14/06/2021 por Bráses Borges Barreiros - Secretário geral

Cláusula Terceira – A empresa tem a sua sede estabelecida Rua Paulo Zimmermann, nº118, sala 301, Edifício Atenas, Bairro Centro, cidade de Blumenau, estado de Santa Catarina, CEP 89010-170.

PARÁGRAFO 1º - A empresa possui **FILIAL nº 01 (um)** - Estabelecida na Alameda Augusto Stellfeld, 1915, Bairro Bigorrilho, Cidade de Curitiba, Estado do Paraná, CEP 80.730-150, CNPJ 05.851.892/0003-10 com capital social de R\$100,00 (cem reais) destacado do capital social da matriz, para fins exclusivamente fiscais, tendo como objeto social a atividade de assessoria relacionado a seguro obrigatório de veículos automotores, motocicletas, carros e caminhões, prestados a hospitais, empresas e pessoas físicas

PARÁGRAFO 2º - A empresa possui **FILIAL nº 02 (dois)** Estabelecida na Rua Alcidio Viana, 1021, Bairro Aeroporto, Cidade de São José dos Pinhais, Estado do Paraná, CEP 83.005-560, CNPJ 05.851.892/0004-09 com capital social de R\$100,00 (cem reais) destacado do capital social da matriz, para fins exclusivamente fiscais, tendo como objeto social a atividade de assessoria relacionado a seguro obrigatório de veículos automotores, motocicletas, carros e caminhões, prestados a hospitais, empresas e pessoas físicas.

PARÁGRAFO 3º - A empresa pode, a qualquer momento abrir filiais e outros estabelecimentos, no país ou fora dele, por ato de sua gerência ou por deliberação do sócio.

Cláusula Quarta – A empresa tem por objeto social o ramo de atividade de assessoria relacionado a seguro obrigatório de veículos automotores, motocicletas, carros e caminhões, prestados a hospitais, empresas e pessoas físicas.

Cláusula Quinta – A empresa iniciou suas atividades em **15 de Agosto de 2003**, e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

Cláusula Sexta – A empresa é administrada pela titular **MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO** com poderes atribuições de administrar os negócios empresariais, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao objeto.

Cláusula Sétima – A administradora declara sob as penas da lei de que não está impedido de exercer a administração da empresa, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

Cláusula Oitava – A empresária **MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO**, declara que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 14/06/2021

Arquivamento 20218854595 Protocolo 218854595 de 08/06/2021 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>
Chancela 102108817873022

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 14/06/2021 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral

14/06/2021

Cláusula Nona - Declara, sob as penas da lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA - ME nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

Blumenau (SC), 02 de Junho de 2021.

Assinado digitalmente por:

MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO - CPF: 000.597.319-82



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 14/06/2021

14/06/2021

Arquivamento 20218854595 Protocolo 218854595 de 08/06/2021 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>
Chancela 102108817873022

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 14/06/2021 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral



218854595

TERMO DE AUTENTICACAO

NOME DA EMPRESA	CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI
PROTOCOLO	218854595 - 08/06/2021
ATO	002 - ALTERACAO
EVENTO	021 - ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

NIRE 42600154364
 CNPJ 05.851.892/0001-58
 CERTIFICO O REGISTRO EM 14/06/2021
 SOB N: 20218854595

EVENTOS

051 - CONSOLIDACAO DE CONTRATO/ESTATUTO ARQUIVAMENTO: 20218854595

REPRESENTANTES QUE ASSINARAM DIGITALMENTE

Cpf: 00059731982 - MILDES DE LOURDES FERRARI SABINO - Assinado em 14/06/2021 às 09:00:26



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 14/06/2021

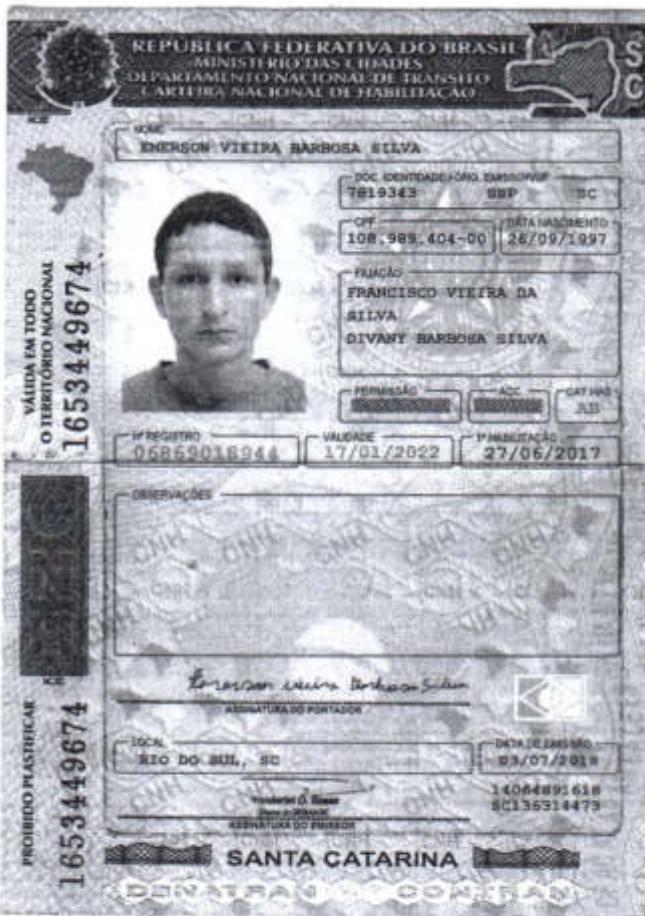
Arquivamento 20218854595 Protocolo 218854595 de 08/06/2021 NIRE 42600154364

Nome da empresa CENTRAL ASSESSORIA DE SEGUROS EIRELI

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>
 Chancela 102108817873022

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 14/06/2021 por Blasco Borges Barcellos - Secretario-geral

14/06/2021



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *.tjal.jus.br., protocolado em 07/12/2021 às 16:22 , sob o número WSAN21700102737. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abri/ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700836-95.2021.8.02.0055 e código 553DF28.



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210119959

Data da solicitação: 27/08/2021
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Emerson Vieira Barbosa Silva

CPF do beneficiário: 108.989.404-00

Nome do solicitante: Emerson Vieira Barbosa Silva

CPF do solicitante: 108.989.404-00

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (47) 99660 0071

Tel. Comercial: (47) 3042 1139

Tel. Residencial: (47)

E-mail: recepcao@centraldesegurosdpvat.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

[DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Caro analista...

Segue novos documentos médicos para apreciação.

Grato

Santana do Itapema, 27 de agosto 2021

Local e Data

Emerson Vieira Barbosa Silva

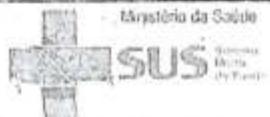
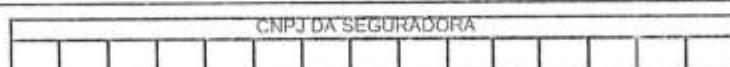
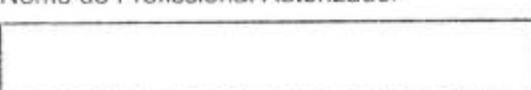
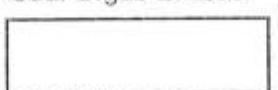
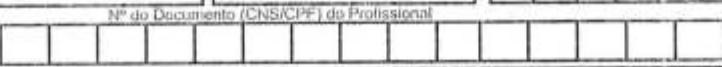
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

 Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 CARVALHO BELTRÃO
Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL CARVALHO BELTRAO		CNES: 2010356	
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL CARVALHO BELTRAO		CNES: 2010356	
Nome do Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA		Nº do Prontuário: 245630	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS) 702109762301196		Data de Nascimento: 26/09/1997 Sexo: Masculino	
Nome do Responsável: O MESMO		Telefone: 82-9984-2521	
Endereço:(Rua, Nº, Bairro): SITIO BARRA DO TRIGO, S/N			
Município de Residência: SANTANA DO IPANEMA		Cód. IBGE 2859	UF: AL CEP: 57500-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: PACIENTE COM QUADRO DE INFECÇÃO DE FERIDA OPERATORIA			
Condições que justificam a Internação: RISCO DE PIORA			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas(Resultado de Exames Realizados): EXAME FISICO			
Diagnóstico Inicial INFECÇÃO DE FERIDA OPERATORIA		CID 10 Principal S14	CID 10 Secundário
			CID 10 Causas Associadas
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado: CIRURGIA MULTIPLA		Código do 0415010012	
1) 041504003-5 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS 2) 040703017-4 - MARSUPIALIZACAO DE ABSCESSO / CISTO			
Clínica: Cirurgia		Caráter da Internação: 1	CPF: 050.265.384-10
		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional CNES: 0	
Nome do Profissional GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR		Data da Solicitação 18/07/2021	Assinatura e Carimbo no Registro 
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU			
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico. <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto		CNPJ DA SEGURADORA 	
		CNPJ EMPRESA 	
Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado		Nº da Autorização de Internamento Hospitalar	
Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor	
			
CNES <input type="text"/> CPF <input type="text"/>		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional 	
		Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> /	



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –
C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº PRONTUARIO HOSPITALAR		Nº ATENDIMENTO:	606/72021
REG: 245630	Cartão SUS:	702109762301196	Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA		Sexo: Masculino	
Data	26/09/1997	Idade:	23 anos, 9 meses, 3 semanas e 1 dia
Profissão NAO INF		Município	SANTANA DO IPANEMA
Endereço: SITIO BARRA DO TRIGO, S/N		CEP:	57500-000
Bairro: ZONA RURAL	Responsável	EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA	
Entradas Anteriores:	SIM	Documento	CPF:10898940400
Fone:	82-9984-2521	Convênio:	MAIS SAUDE
Enfermaria	SEMI-INTENSIVA		
Entrada:	18/07/2021 15:53:36	Alta:	04/08/2021
Transferência:	/ /	Para	Condições:
Óbito em:	/ /	às	Autópsia:
Diagnóstico:			
Observações:			
INTERNOS DATA: 18/07/2021 RESP.: ana hys			
ETIQUETA: 606			



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –
C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº: 24138

RESUMO DE ALTA

Dados do Paciente:

Nº Prontuário: 245630 Nome do Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 10898940400 Data de Nascimento: 26/09/1997

Cartão SUS: 702109762301196 Idade: 23

Médico: Dr(a). WELLINGTON ANDRADE FREITAS

Diagnóstico Inicial: INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Diagnóstico Final: EXPLORAÇÃO FERIDA PLEXO BRAQUIAL

Tratamento Realizado: DESBRIDAMENTO , ANTIBIOTICOTERAPIA

Observação: RETORNO COM DR GUSTAVO EM 15 DIAS NA SEGUNDA FEIRA

Motivo Alta: CURADO(A)

Data: 04/08/2021 12:00:00 PM

Wellington Andrade Freitas

CRM AL 6388

Neurocirurgia - ROE 3035

Médico Intervencionista da Dor ROE 4548

Assinatura



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE
Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe – Alagoas
C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº: 14026

Nº Etiqueta: 606/72021

Boletim Operatório

null

Dados do

EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data Nascimento: 26/09/1997

Nº prontuário: 245630

CPF: 10898940400

SUS: 702109762301196

Idade: 23 anos, 9 meses, 3

Equipe:

Operador: GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Diagnóstico Pré

Data Cirurgia: 18/07/2021

INFECÇÃO DE FERIDA

Operação Realizada:

0415010012 - CIRURGIA MULTIPLA

041504003-5 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

040703017-4 - MARSUPIALIZACAO DE ABSCESSO / CISTO

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

SEGUIR A SEGUINTE ORDEM - Posição do paciente, via de acesso, exploração e aspecto dos órgãos e das lesões. táticas e técnicas , suturas , drenagem , síntese , material empregado durante a cirurgia . Tipo de curativo.

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

ABERTURA DE FERIDA EM INCISAO PRÉVIA

SAIDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE, DE ASPECTO SEROSO

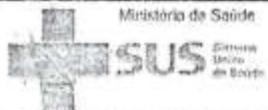
LAVAGEM EXAUVESTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

COLOCAÇÃO DE DRENO PENROSE

FECHAMENTO POR PLANOS

Válido:

Dr(a). GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR
CRM. 6065



- Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL CARVALHO BELTRAO	CNES: 2010356		
- Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL CARVALHO BELTRAO	CNES: 2010356		
- Nome do Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA	Nº do Prontuário: 245630		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS) 702109762301196	Data de Nascimento: 26/09/1997	Sexo: Masculino	
Nome do Responsável: O MESMO		Telefone: 9984-2521	
Endereço:(Rua, Nº, Bairro): SITIO BARRA DO TRIGO, S/N			
Município de Residência: SANTANA DO IPANEMA	Cód. IBGE 2859	UF: AL	CEP: 57500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE VITIMA DE LESAO COMPLETA DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO

Condições que justificam a Internação:

RISCO DE SEQUELA DEFINITIVA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

RNM DE PLEXO ENMG

Diagnóstico Inicial
TRANSTORNO PLEXO BRAQUIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado:

Código do
0415010012

- 1) 040302003-4 - MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE
 - 2) 040302001-8 - ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)
 - 3) 040302006-9 - MICRONEUROGRAFIA
 - 4) 040302005-0 - MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO

Clinica:	Caráter da Internação:	CPF:	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional
Cirurgia	1	050.265.384-10	CNES: 0
Nome do Profissional	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo Nº do Registro	
GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR	04/07/2021		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU

- () Acidente de Trânsito
 - () Acidente Trabalho Típico
 - () Acidente Trabalho Trajetô

CNPJ DA SEGURADORA										IEP do Reclamante	Nome
CNPJ EMPRESA										LEIAF da Empresa	CODI

Vínculo com a Providência

Empregado

Emplegador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

■ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado

Cód. Órgão Emissor

Nº da Autorização de Internamento Hospitalar

CNES	CPF	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional										Data: _____ / _____ / _____		



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –
C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº PRONTUARIO HOSPITALAR		Nº ATENDIMENTO:	58/72021
REG: 245630	Cartão SUS:	702109762301196 Estado Civil: SOLTEIRO(A)	
Nome: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA		Sexo: Masculino	
Data 26/09/1997	Idade: 23 anos, 9 meses, 1 semana e	Cor: PARDA	
Filiação: FRANCISCO VIEIRA DA SILVA E DIVANY BARBOSA SILVA			
Profissão	Município	SANTANA DO IPANEMA	UF: AL
Endereço: SITIO BARRA DO TRIGO, S/N	CEP: 57500-000		
Bairro: ZONA RURAL	Responsável	O MESMO	
Entradas Anteriores: NAO	Documento	CPF: 10898940400	
Fone: 9984-2521	Convênio:	MAIS SAUDE	
Enfermaria CIRURGICA/ORTOPEDICA			
Entrada: 03/07/2021 10:34:04	Alta:	05/07/21	
Transferência: / /	Para	Condições:	
Obito em: / /	às	Autópsia:	
Diagnóstico:			
Observações:			
INTERNOS			
DATA: 03/07/21		ME	
RESP.: Agnel			
ETIQUETA: 58			

Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –
 C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº: 23070

RESUMO DE ALTA

Dados do Paciente:

Nº Prontuário: 245630

Nome do Paciente: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

CPF: 10898940400

Data de Nascimento: 26/09/1997

Cartão SUS: 702109762301196

Idade: 23

Médico: Dr(a). GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR

Diagnóstico Inicial: LESAO PLEXO BRAQUIAL

Diagnóstico Final: O MESMO

Tratamento Realizado: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇÃO DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS

Observação:

Motivo Alta: ALTA MELHORADO

Data: 05/07/2021 0:00:00 AM

Assinatura



Nº: 13579 N° Etiqueta: 58/72021

Boletim Operatório

null

Dados do: EMERSON VIEIRA BARBOSA SILVA

Data Nascimento: 26/09/1997

Nº prontuário: 245630

CPF: 10898940400 SUS: 702109762301196

Idade: 23 anos, 9 meses, 1

Equipn: Operador: GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Diagnóstico Pré

Data Cirurgia: 04/07/2021

LESAO PLEXO BRAQUIAL DIREITO

Operação Realizada:

0415010012 - CIRURGIA MULTIPLA

040302003-4 - MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE

040302001-8 - ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)

040302008-9 - MICRONEUROGRAPHY

040302005-0 - MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

SEGUIR A SEGUINTE ORDEM - Posição do paciente, via de acesso, exploração e aspecto dos órgãos e das lesões, táticas e técnicas , suturas , drenagem , síntese , material empregado durante a cirurgia . Tipo de curativo.

PACIENTE EM DDH

ANESTESIA GERAL

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

COLOCAÇÃO DE CAMPOS

INCISÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA

DISSECÇÃO EXPLORAÇÃO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO

EVIDENCIADO AVULSÃO DE MULTIPLAS RAIZES

VISUALIZADO NERVO FRENICO E ESTIMULADO COM BOA RESPOSTA

2 TEMPO

DISSECAÇÃO DE NERVO ACESSORIO E NERVO SUPRA ESCAPULAR

APOS NEUROESTIMULAÇÃO

REALIZADO MICRONEUROGRAPHY DE NERVOS

COM USO DE COLA TISSEL

3 TEMPO

INCISAO REGIAO DELTOPEITORAL DIREITA

DISSECÇÃO POR PLANOS EVIDENCIADO CORDAO LATERAL

APOS NEUROESTIMULAÇÃO.

INCISAO EM FACE MEDIAL DO BRAÇO DIREITO

DISSECÇÃO POR PLANOS

ENCONTRADO NERVO CUTANEO MEDIAL DO ANTEBRAÇO

RESSECCADO.

REALIZADO ENXERTO NERVO FRENICO COM CORDAO LATERAL COM FIO NYLON 9

E COLA TISSEL

HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

Valido:

Dr(a). GUSTAVO MANOEL COELHO DE ALENCAR
CRM. 6065

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Central Assessoria de Seguros Eireli inscrito (a) no CPF sob o Nº 05.851.892/0001-58 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson Vieira Barbosa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.989.404-00 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Emerson Vieira Barbosa Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.989.404-00 / _____, 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	Rua Comandante Joaquim Haeger	Número	121	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Blumenau	Estado SC CEP 89010-190
Email	central@centraldeseguros.adm.br		Telefone comercial(DDD) 47 30367501	Telefone celular (DDD) 47 98436 3578

Blumenau/SC, 27 de AGO 2021
Local e Data



Assinatura do Declarante

equatorial
ENERGIA

Para contato
conosco, informe
este número:

CEU CODIGO

1666967-3

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Presidente Dutra, 3349 - Centro de Laranjeiras - CEP: 57052-900
NIRELIGAL - CNPJ: 12.222.084/0001-00-IE: 24007177-8
REGISTRO ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC DA FAZENDA
Nº. FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE UN*

Nº da Nota Fiscal 48694617

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEF foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2021	23/03/2021	43	43,38

DELANIA BARBOSA SILVA
ST BARRA DO TIGRE S/N - POVOADOS R
CPF: 000008063875486
CEP: 57.500-000 - SANTANA DO IPANEMA

ROT: 204.020.25.01.00199

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	236	Atual: 24/02/2021
Anterior:	193	Anterior: 25/01/2021
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 25/03/2021
Consumo Medido:	43	Ger. Arquivo: 23/02/2021
Consumo Faturado:	43	Apresentação: 24/02/2021

Forma de Faturamento: NÓRMAL

Código de Irregularidade

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.	Máscara 13 num.
RESIDENCIAL	MONO	1601142089		1.1.1.1	48

HISTÓRICO ANUAL		DETALHAMENTO DA CONTA		
Mês/ano consumo		CONSUMO 43 kWh a R\$ 0,765549 - CONTR. ILUM. PÚBL. MUNICIPAL (COSIP) ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		
JAN/21	43			32,91
DEZ/20	46			30,41
NOV/20	57			45,67
OUT/20	47			
SET/20	0			
AGO/20	0			
JUL/20	0			
JUN/20	0			
MAI/20	0			
ABR/20	0			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO

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:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Emerson Vieira Barbosa Silva

6 - CPF:

108.989.404-00

7 - Profissão:

recusado

8 - Endereço:

Est. Geral Ribeirão Basílio

9 - Número:

197

11 - Bairro:

Ribeirão Basílio

12 - Cidade:

Lourençino

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

89170-000

15 - E-mail:

Recusado

16 - Tel.(DDD):

47 30367501

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

 Bradesco (237)

 Banco do Brasil (001)

 Itaú (341)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: Caixa

 AGÊNCIA: 0276

 CONTA: 60065-2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: 0276

3

 CONTA: 60065-2

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotot, 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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (vôo nascitro)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

Itupiranga, 26/08/2021
Emerson Vieira Barbosa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPI.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Emerson Vieira Barbosa Silva

6 - CPF:

108.989.404-00

7 - Profissão:

recusado

8 - Endereço:

Est. Geral Ribeirão Basílio

9 - Número:

197

11 - Bairro:

Ribeirão Basílio

12 - Cidade:

Lourençino

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

89170-000

15 - E-mail:

recusado

16 - Tel.(DDD):

47 30367501

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: Caixa

 AGÊNCIA: 0276

 CONTA: 60065-2

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: 0276

3

 CONTA: 60065-2

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotot, 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) Divorciado 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 Sim Não

 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou nascituro (viv) Sim Não

 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

Itupiranga, 26/08/2021
Emerson Vieira Barbosa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPI.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)