



 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
059.881.464-73

Nome
JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Nascimento
24/11/1986

CÓDIGO DE CONTROLE
9F2E.3DE5.8458.F723



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:32:59 do dia 10/01/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612534 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 2/5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612534 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 2/5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379741/19

Vítima: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

CPF: 059.881.464-73

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE WELLINGTON DOS SANTOS : 059.881.464-73

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: 30/10/2019
Nome: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS
CPF: 059.881.464-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612534

Vítima: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612534

Vítima: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 0000051

Conta: 0000061767-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0045006846

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/09/2019 às 11:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 4/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO SÍTIO MURICI, ZONA RURAL -
Bairro: CIDADE ALTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
JOSE WELINGTON DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE WELINGTON DOS SANTOS
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

JOSE WELINGTON DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 24/11/1986 Naturalidade: CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7415250/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares: -081983561807

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO MURICI, ZONA RURAL, -CEP: 0 -Bairro: CIDADE ALTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE WELINGTON DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE WELINGTON DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FANKS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDZ7187 (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA, que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, TRANSITAVA EM VIA PÚBLICA QUANDO EM UMA CURVA, VISUALIZOU UM OUTRO CONDUTOR, QUE TRANSITAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, REALIZANDO UMA ULTRA PASSAGEM PROIBIDA. RELATA QUE NÃO CONSEGUIU EVITAR O ACIDENTE DE TRANSITO. RELATA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE PASSAVAM PELO LOCAL, PARA A UPA ESTADUAL E EM SEGUIDA FOI TRANFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE ONDE FICOU INTERNADO POR 25 (VINTE E CINCO) DIAS. RELATA QUE NESSE PERIODO SOFREU UMA CIRURGIA NO PUNHO E ESTA COM VOLTA, DE REVISÃO, MARCADA PARA O DIA 24 DE SETEMBRO DO CORRENTE ANO.

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



JOSE WELINGTON DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: Cesar Ribeiro de Oliveira - Matrícula: 3868486





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0045006846

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/09/2019 às 11:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO SÍTIO MURICI, ZONA RURAL -
Bairro: CIDADE ALTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
JOSE WELINGTON DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE WELINGTON DOS SANTOS
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

JOSE WELINGTON DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Pa:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 24/11/1986 Naturalidade: CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7415250/DS/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 081989561807

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO MURICI, ZONA RURAL, -CEP: 0 -Bairro: CIDADE ALTA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE WELINGTON DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE
WELINGTON DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FANKS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDZ7187 (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA, que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA
DESCONHECIDA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, TRANSITAVA EM VIA PÚBLICA QUANDO EM UMA CURVA, VISUALIZOU UM OUTRO CONDUTOR QUE TRANSITAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, REALIZANDO UMA ULTRA-PASSAGEM PROIBIDA. RELATA QUE NÃO CONSEGUIU EVITAR O ACIDENTE DE TRÂNSITO. RELATA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE PASSAVAM PELO LOCAL, PARA A UPA ESTADUAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE ONDE FICOU INTERNADO POR 25 (VINTE E CINCO) DIAS. RELATA QUE NESSE PERÍODO SOFREU UMA CIRURGIA NO PLINHO E ESTA CONVOLTA, DE REVISÃO, MARCADA PARA O DIA 24 DE SETEMBRO DO CORRENTE ANO.

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

Jose Wellington dos Santos

JOSE WELLINGTON DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: Cesar Ribeiro de Oliveira - Matrícula: 3868486



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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

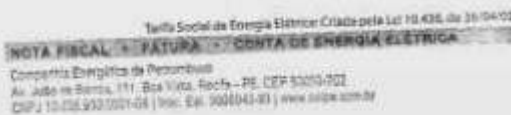
CLIENTE: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000061767-9

Nr. da Autenticação 15A9B4762170D7A0



Call now: 800-345-6199

[illegible]

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

IDENTIFICATION	NAME	UNESCO
0714467X	UNCA	20070219
APPROPRIATION	APPROPRIATION	APPROPRIATION
20070219	20070219	20070219

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

$\frac{1}{2} \log_2 \left(\frac{1}{\pi^2} \right) = -0.79$

SITE-15477, adjacent to Site
15478, 15479
85103-040

CONTRA CONTADOR	RESUMEN
1643199021	07/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE PAGAR (DIA)
02/08/2019	27/08/2019
TOTAL A PAGAR (DIA)	37.72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA ROYALTY	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
43.500.000	2.000.000	30.00	0.75
			8.90
			0.77
			0.37
			0.25
			0.00
			-0.28

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
12345	1	10/01/2019	10000	10/02/2019	10500	31	10000		4000

[illegible]

	DATE RE BALDED	%	SALON DO REPORTS
ICMS	19-11	20.00	6.41
PIS	19-11	1.50	1.23
COFINS	19-11	1.50	1.23

Corrugated metal roof	18	15.2
Translucent metal	110	5.2
Double glazing (all types)	11	7.9
Insulation on exterior	10	7.1
Low-emissivity surface	11	6.8
Translucent	10	6.1
Roof	10	5.4

COMPROVAÇÃO DE RECEITA

COMPROVAÇÃO DE RECEITA

30 OUT 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECEITA

INFORMAL DE IMPORTANȚĂ

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer solution on the surface free energy of the polymer film. The surface free energy of the polymer film was measured by the contact angle method. The surface free energy of the polymer film was measured by the contact angle method. The surface free energy of the polymer film was measured by the contact angle method.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE NÃO POSSUI CONTAS EM ABERTO

WORLD PATENTS FOR THE FIRST 10 YEARS OF INVENTION					
Year of Invention	1880-1889	1890-1899	1900-1909	1910-1919	1920-1929
Number of Patents	1,000,000	1,500,000	2,000,000	2,500,000	3,000,000

Source: World Patent Statistics, 1930-1939, published by the International Patent Office, Geneva, Switzerland.

DURABLE E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES

	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
1990	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2000	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2010	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

WISSE GEWINNT

Normal (N)	Abnormal (A)	Abnormal (A)
22	20	20



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **JOSE WELLINGTON DOS SANTOS**

Atendimento: 01264878

Nome Social:

Data Nascimento: 24/11/1986

Idade: 32 Anos, 8 Meses e 11 Dias

Prontuário: 00153165

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0077

Data e Hora: 04/08/2019 12:20h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA COLISAO MOTO COM MOTO NEGA DESMAIO E VOMITOS COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO POLIESCORIADO

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS DM E HAS CAD RG

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 105 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

REFERE DOR EM PUNHO ESQUERDO APOS COLISAO MOTO X MOTO HA ALGUNS MINUTOS

Exame Físico:

PUNHO ESQUERDO COM ESCORIAÇÕES, DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

Exames complementares:

RADIOGRAFIAS

HD:

FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, ENCAMINHO AO HRA

Evolução:

HUGO ATILA ALVES DA COSTA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEPE 24.234 / CREMER 32 X4
S30T / TEOT 16-956

Ass. do Médico

Dr(a): **HUGO ATILA ALVES DA COSTA**
CRM - 24234

30 OUT 2019
PROTOCOLO



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) José Wellington dos Santos*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 04/08/2019 a 15/08/2019

Registro: 313709

Diagnostico: Fratura Luxação de Rádio Distal Esquerdo.

Tratamento: Cirúrgico Fixador Externo de Colles.

OBS: Vitima de Acidente de Trânsito. . CID: S52.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 19 de Agosto de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 215, Km 130

Caruaru - PE CEP 55000-000

setor de arquivo (SAME)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 530585

Prontuário: 313709

Nome: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Data Nasc: 24/11/1986

Idade: 32

Sexo: / MASCULINO

Cor: PARDA

Religiao:

CPF: 06898146473

RG: 2416255

CNS: 658002981299729

Endereço: SÍTIO MURICI

Nº: 0

Bairros: ZONA RURAL

Cidade: MURICI / CARUARU

Estado: PE

CEP: 55102000

Fone: 983587356

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATICOMMOTOCICLETA

Clinica: CITOPELODIA/TRAUMATOLOGIA

Handwritten signature and stamp:
M. F. ...
Epistemiologia
F. ...

2. ATENDIMENTO

Data: 14/08/2019 18:02

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: HDA

Queda de altura, da no punho Esquerdo.

Exame Físico:

*Neurovasculares presentes
Edema no punho E*

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

fratura luxação punho E

Prescrição:

Data:

Data:

Horário

*Trata zero:
Ao Bloco 021h*

Handwritten signature and stamp:
M. F. ...
Epistemiologia
F. ...
CRM-16251-1501-15034



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSE WELLINGTON DOS SANTOS

Atendimento: 01264878

Nome Social:

Data Nascimento: 24/11/1986 Idade: 32 Anos, 8 Meses e 11 Dias

Prontuário: 00153165

Sexo: Masculino

História Atual:

DOR EM PUNHO ESQUERDO APÓS TRAUMA (COLISÃO MOTO X MOTO) (SIC) HA HORAS

Exame Físico:

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PUNHO ESQUERDO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

Exames Complementares/Resultados:

RADIOGRAFIAS

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, ENCAMINHO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

Data: 04 DE AGOSTO DE 2019

Hora: 16:49

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731

Ass. e CRM do Médico

Dr(a) ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

CRM - 21731

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Sr. Wellington dos Santos

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito:

Operador: Alexandre

1º Assistente: Diogenes Rodrigues

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia: Monique

Duração:

Data da Operação: 04/08/19

Início: 23:15

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura deslocada do rádio distal

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Paciente em DVH sob bloqueio de dor
2. Assepsia e antiseptia
3. Preparo de pele para membro superior esquerdo
4. Colocação de campo estéril
5. Redução incruenta de fratura do rádio distal com auxílio de fluoroscopia
6. Fixação de fratura com fixador externo tipo Colles
7. Curativo

Dr. Diogenes Rodrigues Lima
Especialista Traumatologia
CREME - 25056

C-41



