

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYSSON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847 705 894, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andre Carlos da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.740.794, 79 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima andre Carlos da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 740 794, 79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

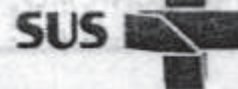
Endereço	<u>RUA: RIVALDO BALTAR</u>		Número	<u>56</u>	Complemento
Bairro	<u>PRADO</u>	Cidade	<u>GRAVATA</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>55642-155</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>81 99228 5097</u>

GRAVATA 26 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Gleysson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 411702
PACIENTE: ANDRE CARLOS DA COSTA
GENITORA: MARIA DE FATIMA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1990
ENDEREÇO: RUA SÃO RAFAEL
BAIRRO: B NOVO
PONTO DE REFERENCIA: CASA

IDADE: 29

CIDADE: GRAVATA

DATA: 08/09/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 18:56

CNS:
TELEFONE: (81) 99333-8526

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 267

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: COSMA (IRMÃ)

HDA

Ingresso no serviço após atendimento médico. Há
história de consumo de álcool e uso de substâncias psicoativas.
Neg. drogas, doenças crônicas.

EXAME FÍSICO

REG, consciente, algo hipoativo, eufórico
SINUS, RAR, C/ONF S/S
MR: N/A

EXT: Lesão em região anterior de punho E 10/10/19

MARIA ADELMA DA SILVA
Supervisora do Atendimento
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matrícula: 154

original
10/10/19

EXAMES SOLICITADOS

RX - fêmur de tornozelo

HD

CID

Intoxicação por acetato de barbitato

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Carimbo e Assinatura do Médico

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Dipirona 1g - 12 sup 1M
 Pipenzina 100 - 12 sup 1M
 Sifon

Marcus Vinícius Miranda
 CREMEPE 18417

NÃO HA

20h. O volume 1g 1M 20h

② Ceftriaxona 2g IV
 ASD 100mg

Pro hosp. Reforço de 10h

fone: 5766868

ALTA

HORA: 20:40	DATA 08/09/12	CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐ TRANSFERIDO ☒ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐
----------------	------------------	--

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Maurício Leite
 Médico
 CREMEPE 9219

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Joanule + Patrick
Sauda 22:34

PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATA
AGORA E CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
MÉDICOS

ABOLITADO: 08/9/19
DO PACIENTE: ANDRÉ CARLOS DA COSTA
RUA: RUA SÃO RAFAEL, 267 GRAVATA
TEL: 3338526
ÓPTICO: POLITRAUMATISMO POR ACIDENTE MOTO + FRATURA
NA REDUZIDA DO PACIENTE: ELA POSTA PERNA (B) PÉRIODE ALCOOLIZADO
E COLIDIR COM OUTRA MOTO
PA = 140 x 70 mmHg PULSO CHEIO
CEPALOTINA 2/1, 10

VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: X mmHg
F. CARDÍACA: mm
RESPIRATORIA: rpm
TEMPERATURA: °C
CONSCIÊNCIA: ALERTA [] VERBAL [] SONHOLTO [] CONFUSO [] SEM RESPOSTA []
HIDRATAÇÃO: NÃO (+ + + +) SEM NÃO (+ + + +)
DESHIDRATADO [] CAROTÍDIO []
DESNUTRIDO [] INTERIO []

DOENÇAS ASSOCIADAS: DIABETES [] HAS [] DOENÇA AVG [] DPOC [] OUTROS []
PRESCRIÇÃO REALIZADA: DOSE: MEDICAÇÃO EM USO: DOSE:

EXAMINATÓRIAS: NORMAL
RX TORAX
RX ABDOME
OUTROS
HISTÓRIA: HT LEUCO GPC TEO TEP ARIASE

NOTAS: 5766868
Joaquim Naudicio Leite
Médico
CRM 9219



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) André Carlos da Costa

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 03/09/2019 a
17/09/2019

Registro: 344839

Diagnostico: Fratura Complexa de Mandíbula á Esquerda.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S02.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 21 de Outubro de 2019

09.975/0269/27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232, Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado de seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu caso e, voluntariamente, autorizá-los.

Seu diagnóstico clínico: Fratura complexa de mandíbula

Planejamento cirúrgico: osteotomia L fratura complexa de mandíbula

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos em manter a sua condição sem tratamento, há também riscos e danos relativos à execução dos procedimentos de diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

Dor, desconforto e edema;

Infeções e/ou atraso na cicatrização;

Resultados estéticos limitados ou indesejados;

- ☐ Hemorragias, hematomas;
- ☐ Lesões nervosas, provocando sensibilidade alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;
- ☐ Função mandibular limitada (trismos, limitação de abertura bucal);
- ☐ Lesões de estruturas ósseas (fraturas);
- ☐ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou restaurações;
- ☐ Desenvolvimento ou persistência de distúrbios temporomandibulares;
- ☐ Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;
- ☐ Comunicação bucoossinal ou buconasal requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu André Carlos da Costa
 RG _____

ful esclarecido (a) sobre meu diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento. Como também, dou plenos direitos para que todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica (jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética. Declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente explicado para mim e, com base no mesmo que não possui ressalvas ou rasuras, estou autorizando a equipe da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial a realizar os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinatura do (a) paciente ou responsável: André Carlos da Costa

Testemunha: _____

Caruaru, 09 / setembro / 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUC

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: André Carlos da Silva

Prontuário: 344839

Data: 08 / 09 / 19

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura complexa de mandíbula à
Esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório CTBMS, no dia

07/10/2019 sob as orientações do Dr. Eudélio

Proteção

30.09.19

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Eudélio

Osteossíntese de fratura complexa de
mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 17 / 09 / 19

Hora: 08:00L

Francisco de Assis
CRM: 11924

Ass. do Médico e CRM

ANDRE CARLOS DA COSTA

22/05/1990

ID: 344839

Male

29 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandibula - 3 vistas

Ac. Nb: 296119

Acq: 16/09/2019

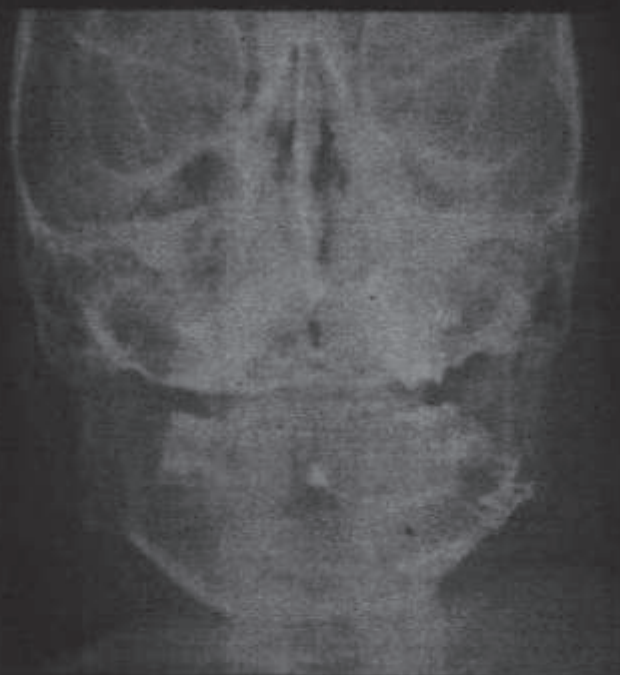
Acq: 15.03:18

AP

DIR

20 cm

R



Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 22.03%

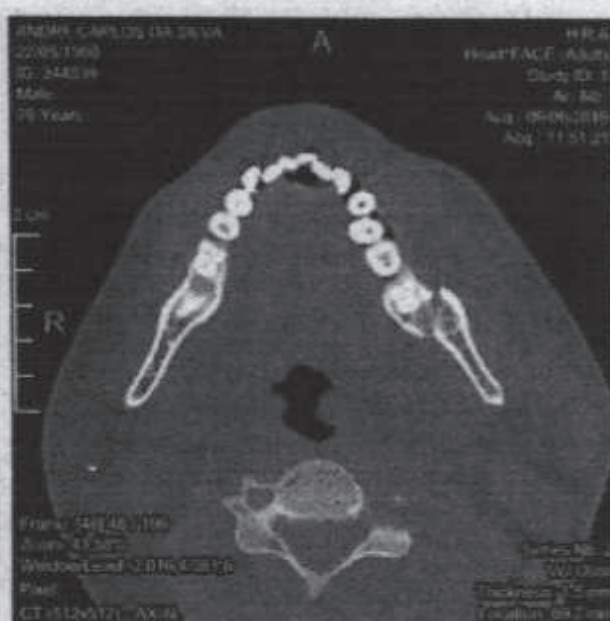
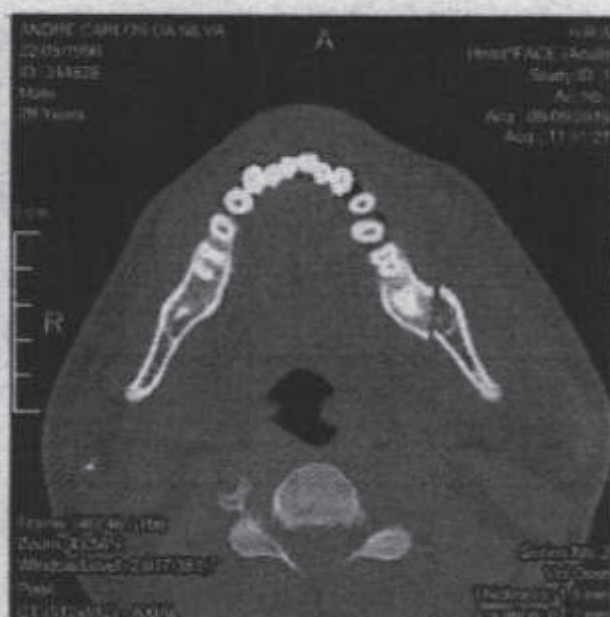
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2048x2500)

Series Nb: 1

PA



ANDRE CARLOS DA COSTA

22/05/1990

ID: 344839

Male

29 years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandibula - 3 vistas

Ac. Nb: 296119

Acq: 16/09/2019

Acq: 14:58:45

10 cm

P

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 14.94%

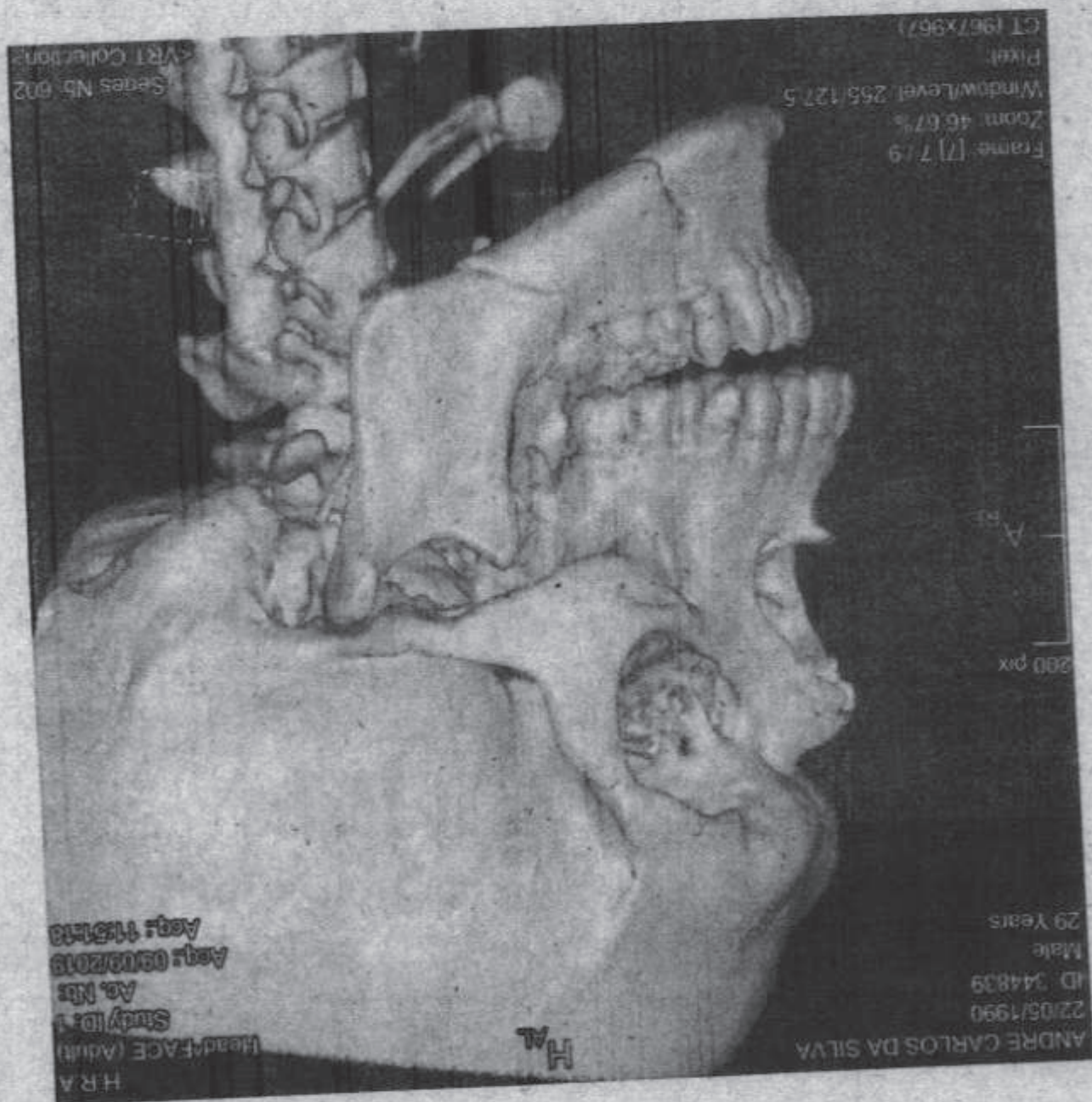
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (3020x2400)

Series Nb: 2

Lateral



CT 1967x967

Pixel:

Window/Level: 255/127.5

Zoom: 46.67%

Frame [7] 7/9

Series Nb: 602
VRI Collection

200 pix

29 Years

Male

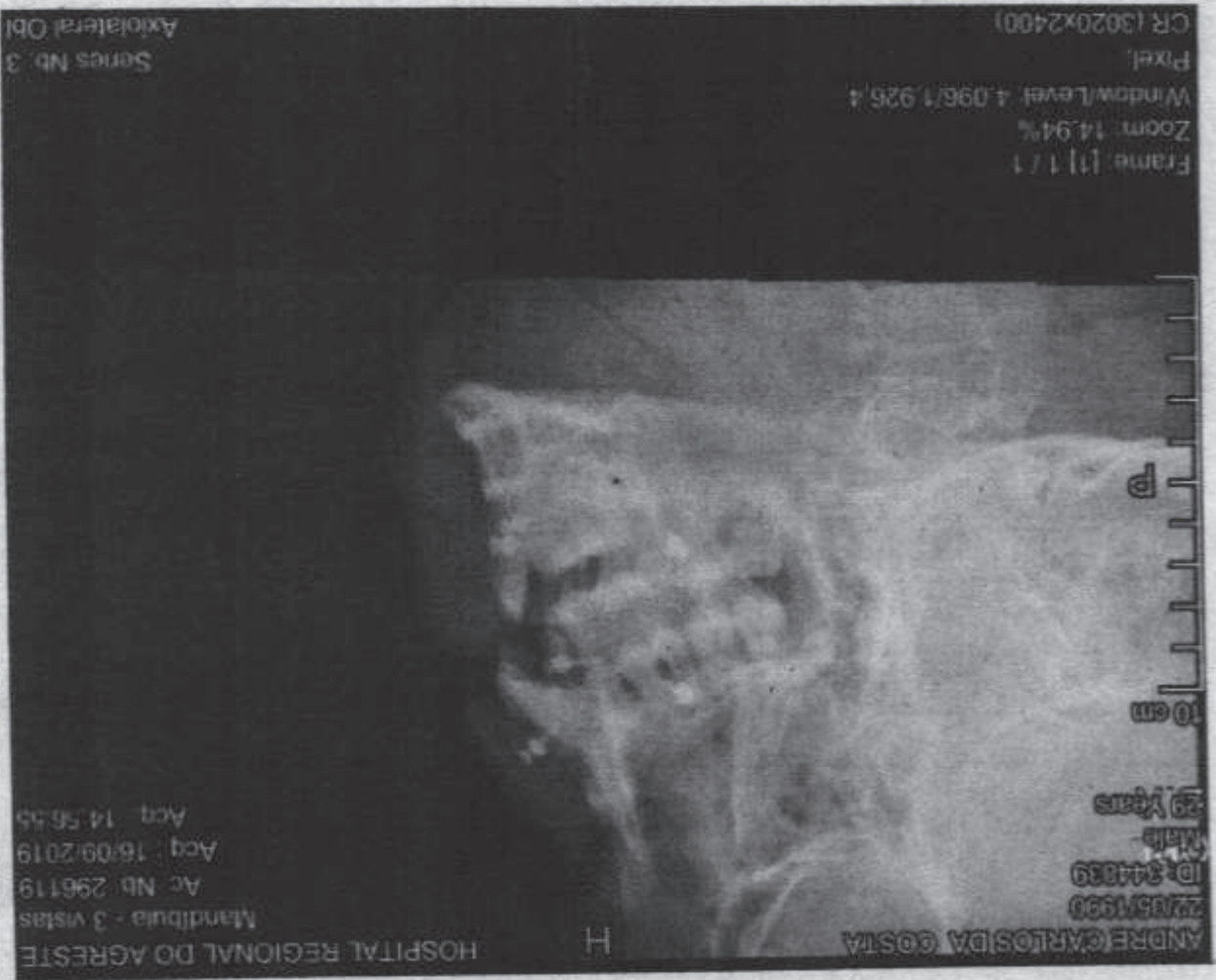
ID: 344839

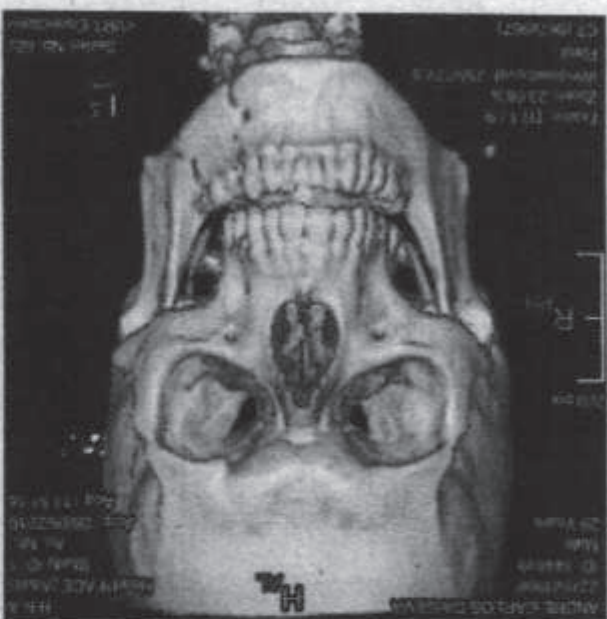
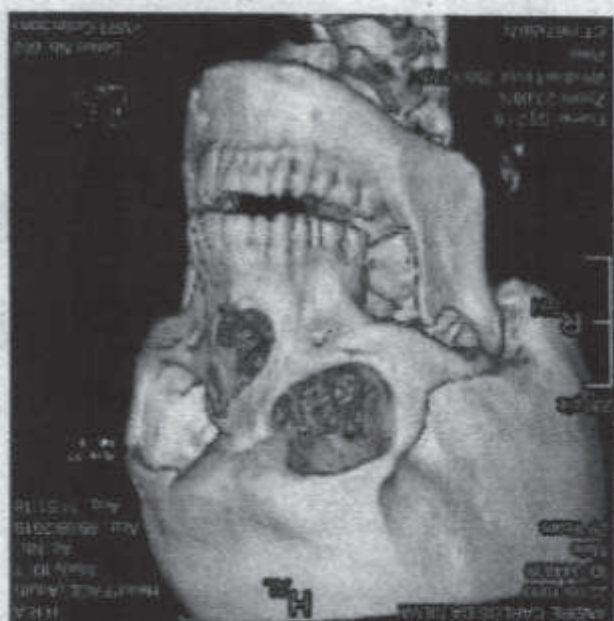
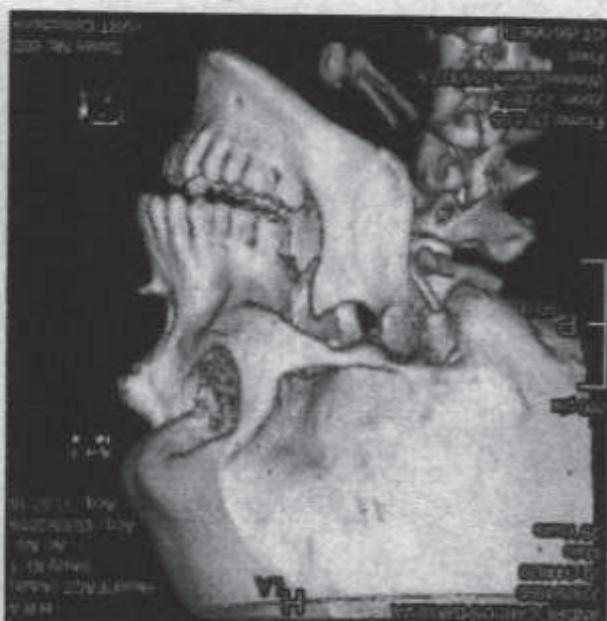
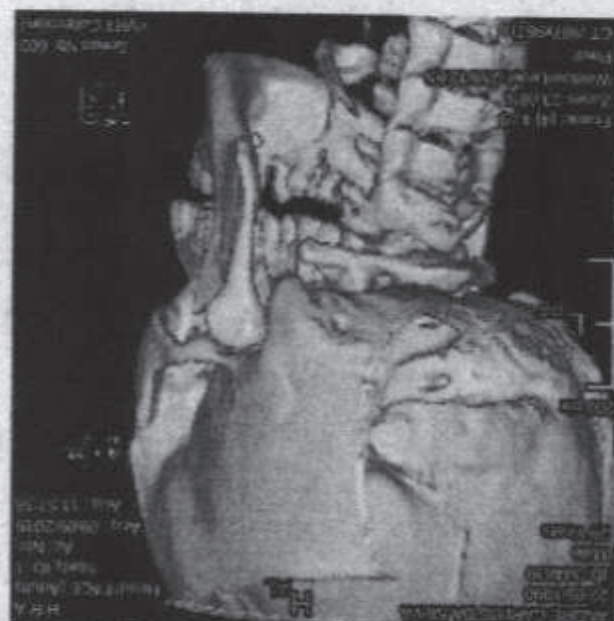
22/05/1990

ANDRE CARLOS DA SILVA

H
AL

HRA
Head/FACE (Adult)
Study ID: 1
Ac. Nb: 03/03/2019
Acq: 11/01/18







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

GLYBSON SANTANA DO AMARAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **4.339.162** DATA DE EXPEDIÇÃO **01/09/2017**

NOME **<< GLYBSON SANTANA DO AMARAL >>**

FILIAÇÃO **<< RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>**
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE **RECIFE - PE** DATA DE NASCIMENTO **05/01/1976**

DIG. ORDEM **<< 074971 01 55 2008 3 00001 283**

CNPJ **0000555 60 RECIFE-PE >>**

CPF **847.705.894-68**

Ass. Patrícia C.R. Alencar
Diretora de Registro e Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

103720001210122-00.7651186 F-76 315.700 - 4623

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485262940
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA --- COD. RENAVAM --- RNTREC. --- EXERCÍCIO ---
 1 074176441 ***** 2019

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

GRAVATA-PE CPF / CNPJ 015.964.014-86 PLACA KGR8701

PLACA ANT / UF 9C2KD0306R011148
 00000000 / PE
 ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FÁB. / ANO MOD.
HONDA / XBR150 ES 2005 2006
 CAP / POT / CL. CATEGORIA COF. PREDOMINANTE
25 / 149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 1^o 15/04/19
P 1^o 15/04/19 QUITADO
V 2^o 15/04/19
A 3^o 15/04/19

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 **0.32** **80.43** **15/04/19**

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES
GRAVATA-PE DATA 01/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontalva
 DIRETOR DESE

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485262940 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/07/19

VIA 1 015.964.014-86 PLACA KGR8701
 RENAVAM MARCA / MODELO
074176441 **HONDA / XBR150 BROB ES**
 ANO FÁB. CATEG. Nº CHASSI
2005 **03** **9C2KD0306R011148**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DEBATE (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL PRÊMIO (R\$) 84.58

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.603/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELÉ NÃO É DE FORTA OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666402

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do acidente: 08/09/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Descrição do exame físico: REDUÇÃO GRAVE DA ABERTURA ORAL, DIFICULTANDO INCLUSIVE A ARTICULAÇÃO DE PALAVRAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666402

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do acidente: 08/09/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MANDÍBULA. P4,5,6**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			17 %	R\$ 2.295,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666402

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do acidente: 08/09/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MANDÍBULA. P4,5,6**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			17 %	R\$ 2.295,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE 08/09/2019 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: ANDRE CARLOS DA COSTA

RG 7.612.272 SDS/PE

CPF: 107.740.794-78

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA: SÃO RAFAEL N.267 Bairro BOA VISTA
, neste ato tendo assinado a rogo,

GRAVATA / PE CEP: 55643-240

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Andre Carlos da Costa
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata, 20 de março de 2019
Local e Data



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423219/19

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

CPF: 107.740.794-79

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE CARLOS DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDRE CARLOS DA COSTA : 107.740.794-79

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: 28/11/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666402

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE CARLOS DA COSTA

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666402

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDRE CARLOS DA COSTA

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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666402

Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE CARLOS DA COSTA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANDRE CARLOS DA COSTA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000058109-6

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,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666402 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE CARLOS DA COSTA **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Descrição do exame físico: REDUÇÃO GRAVE DA ABERTURA ORAL, DIFICULTANDO INCLUSIVE A ARTICULAÇÃO DE PALAVRAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190666402
Nome do(a) Examinado(a): Andre Carlos da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): R S Rafael, 267
Bairro Novo Gravata PE CEP: 55643-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7612272
Data local do acidente: [08/09/2019]
Data local do exame: [13/12/2019] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Complicações: NDN

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

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

REDUÇÃO GRAVE DA ABERTURA ORAL, DIFICULTANDO INCLUSIVE A ARTICULAÇÃO DE PALAVRAS

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

DANO DE ESTRUTURAS FACIAIS

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira

CPF - 846.667.813-15

CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM-19953

06/11/2019 19:49
31020666402



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - 62ª CIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152004893**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **10:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/9/2019** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DANTAS BARRETO, 1** - Bairro: **PRADO** -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANDRÉ CARLOS DA COSTA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA (OUTRO)
DESCONHECIDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ CARLOS DA COSTA**

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

ANDRÉ CARLOS DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CARLOS DA COSTA** Data de Nascimento: **22/5/1990** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7612272/SDS/PE (RG), 10774079479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 9971206673**

Endereço Residencial: **RUA SAO RAFAEL, 267 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

ANDRÉ CARLOS DA COSTA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KGK8701** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Renavam: **874176441** Chassi: **9C2KD03306R011148**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006** Combustível: **GAS**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. ANDRÉ CARLOS DA COSTA RELATANDO QUE SE DIRIGIA A SUA RESIDENCIA QUANDO NO LOCAL CITADO ACIMA , QUANDO REPENTINAMENTE COLIDIU EM OUTRA MOTOCICLETA, VINDO A DESMAIAR NO LOCAL. QUE TERIA SIDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA, CONFORME N° DE REGISTRO 411702. QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU. QUE EM CONSEQUENCIAS SOFREU FRATURAS DE ACORDO COM OS DOCUMENTOS APRESENTADOS. DIANTE DO FATO SE DIRIGIU A ESTA DEPOL PARA SEREM TOMADAS AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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


ANDRÉ CARLOS DA COSTA
(AUTOR | AGENTE)


B.O. registrado por: **JOSE FAUSTINO DE ALMEIDA NETO** - Matrícula: **221217-0**

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:

10774079479 Andre Carlos da Costa

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):

Andre Carlos da Costa 10774079479 Recusa R. São Rafael 267 55643-240 Boa Vista Gravata PE 81992285097

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0943 CONTA: 58109 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 da 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, Gravata 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravata - PE		Geres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 08/09/2019 às 2000-01-01 18:56:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000106940	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ANDRE CARLOS DA COSTA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 22/05/1990 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 29 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravata - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 indígena ☒ 9 ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/abalroamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro	
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica ☐ 8 Outro			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente			
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE CARLOS DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000058109-6

Nr. da Autenticação F3DA37D897FBD5CD



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA GOV. AGAMENON MAGALHÃES - NÚM. - 00125 -
SALA 110 - PRADO GRAVATA PE 55642-210

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 10103501 Jul/2019
MARIA DE FATIMA DA SILVA
R S RAFAEL, N. 00267 - - BOA VISTA GRAVATA PE 55643-240
INSCRIÇÃO: 064.300.371-0144.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 010603501

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1			
HIDRÔMETRO ALIQUOTADO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AIE)		
	29/06/2019	29/07/2019	MÉDIA HD		

ÁGUA:
LEIT. ANT: 598 CONSUMO: 6
LEIT. ATU: HD ENBACADO
LEIT. FAT: 604

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 06
05/2019 06
04/2019 06
03/2019 06
02/2019 06
01/2019 06
MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	76	65	64
COR APARENTE	76	65	55
CORO RESIDUAL	76	65	65
COLIF. TOTAIS	76	65	65
E. COLI	76	65	65

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,87
JUROS DE MORA 04/2019		0,59
DOAÇÃO AD PRO-CRIANÇA 07/2019		2,50

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PM	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 45,26

MESSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 44,83. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



| 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Analista

13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019

| 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 0000000000000000

13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019
13/04/2019	16/04/2019	13/04/2019	13/04/2019	13/04/2019

Informação de segurança pública

13/04/2019

OS REQUISITOS PARA ACESSO AOS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO SÃO:

1. O USUÁRIO DEVE TER ACESSO AOS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO.

2. O USUÁRIO DEVE TER ACESSO AOS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO.

OS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO SÃO:

1. O USUÁRIO DEVE TER ACESSO AOS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO.

2. O USUÁRIO DEVE TER ACESSO AOS DADOS E INFORMAÇÕES DO BANCO BRADESCO.

LEGAL ADVISE

This message is exclusively destined for the people to whom it is directed, and it can bear private and/or legally exceptional information. If you are not addressee of this message, please inform you are advised to not release, copy, distribute, check or, otherwise, use the information contained in this message, because it is illegal. If you received this message by mistake, we ask you to return this email, making explicit, as soon as possible, the elimination of its contents of your database, registrations or controls system. The message that bears any mandatory links, issued by someone who has no representative powers, shall be null or void.

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Analista