

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DUT



DETRAN - PE Nº 013222487601

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. 224189271 2017

AUGUSTO BARBOSA BIQUEIRA

FLORIS - PE

749 701 194-49

PLACA ANTIGA: 9C2EC1640AR032888

PAS / MOTOCICLETA

HONDA/CG150 TITAN MIX EX

2E/149CL

IPVA 2017 QUITADO

FAIXA LIPVA

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA, PROPOSICAO DE RESCISAO

PROVINCIA DE TRANSFERENCIA

FLORIS

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

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

PE Nº 013222487601 BILHETE DE SEGURO DPVAT

AUGUSTO BARBOSA BIQUEIRA

CASA FLORIS - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

749 701 194-49

224189271

HONDA/CG150 TITAN MIX EX

9C2EC1640AR032888

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.241.066/0001-44

DESTAQUE E GRADUE O BILHETE DE VAV

NAO NAO E DE PORTA OBRIGATORIO

19 OUT 2017
SEGURO DPVAT

Outros

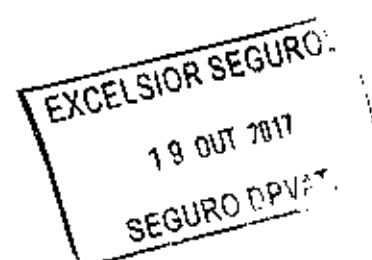


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de Outubro de 2017

X Marcimilda Barbosa Siqueira



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERIE TALHADA - PE

CEP: 50000.000

EXCELSIOR SEGUROS
OUT 2017
SEGURO DPVAT

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

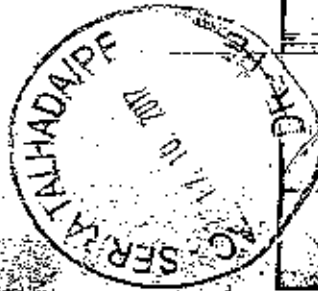
50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

JURIDICO

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170562728 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170562728 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO, COM DEFORMIDADE PEQUENA LOCAL ASSOCIADA À LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO, BEM COMO DA ROTAÇÃO EXTERNA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

portador(a) do documento de identidade nº 8.017.200 expedido por SDS/PE, em

27/04/2010 inscrito no CPF sob o nº 077.453.584-93, residente na

Sl Tenorio nº 1020

complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade

Flóres, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

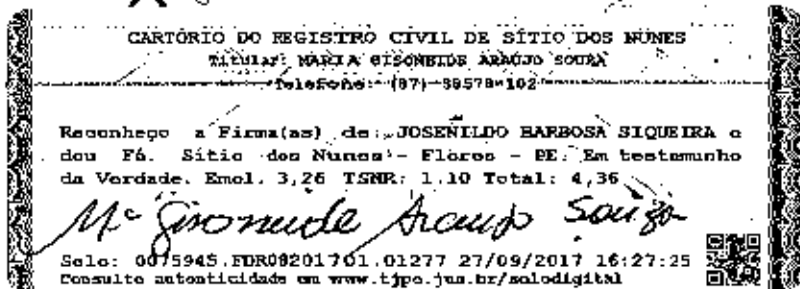
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

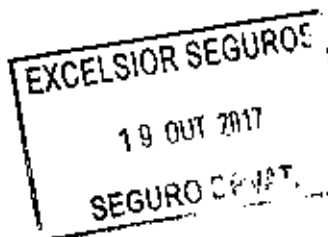
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de setembro de 2017.

Outorgante X JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA



CARTÓRIO DO REG. CIVIL
ETABELIONATO
M^{te} Gisoneide A. Souza
Tabelião



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA** Sinistro: **3170562728** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI TENORIO, 1020, CASA - ZONA RURAL - Flores - PE - CEP 56850-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PE**] **8017200**

Data local do exame: [**21/11/2017**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO, COM DEFORMIDADE PEQUENA LOCAL ASSOCIADA À LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO, BEM COMO DA ROTAÇÃO EXTERNA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VITIMA FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

Ombro direito

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15940 TDDT-11.923
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Francisco Erlandio de Melo Junior - CRM: 15940 - PE

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11865046

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562728 ASL-0405497/17
Vitima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11865571

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562728 ASL-0405497/17
Vitima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958066

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro: 3170562728 ASL-0405497/17
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12044632

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Nº Sinistro: 3170562728
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000917-2

Conta: 0000028870-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Josenildo Barbosa Siqueira
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.017.200 EXPEDIDO POR SDS / PE EM 27/04/2017
CPF 037433684-93 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josenildo Barbosa Siqueira AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta, ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 917-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28870-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Será assinada em 02 de Outubro de 2017 X Josenildo Barbosa Siqueira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodozmsito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Extrato de Conta Corrente

Cliente: JOSENILDO B SIQUEIRA

Agência: 917-2 Conta: 28870-5

Lançamentos

Dia	Histórico	Valor
03/10/2017	Saldo Anterior	0,00 (+)

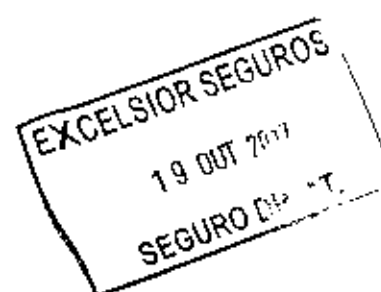
Informações Adicionais

Juros	0,00
Data de Débito de Juros	01/11/2017
IOF	0,00
Data de Débito de IOF	01/11/2017

Total Aplicações Financeiras 0,00

* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação





Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0269000409

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/09/2017** às **14:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/5/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO TENORIO** Bairro: **CENTRO** - **FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE (AUTOR (AGENTE)
AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA (OUTRO)
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**

Akson Leite
Agente
Mat 221.100-9

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

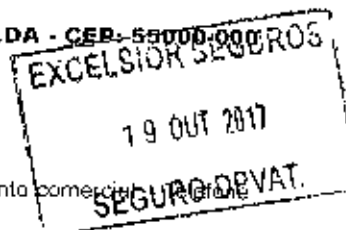
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEILDA BARBOSA SIQUEIRA Pai: AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA Data de Nascimento: 26/3/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO TENORIO, MERCADINHO DE ILDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO TENORIO, MECADINHO DE ILDA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO HOUVE - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KII2291** (PERNAMBUCO:FLORES) Renavam: **224189271** Chassi: **9C2KC1640AR032888**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR JOSENILDO VEM COMUNICAR QUE TRAFEGAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PROXIMO A SUA RESIDENCIA E QUANDO FOI PASSAR EM UM ACLIVE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. FOI SOCORRIDO AO HOSPAM EM SERRA TALHADA CONFORME BOLETIM EM ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE NAO POSSUE CNH. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

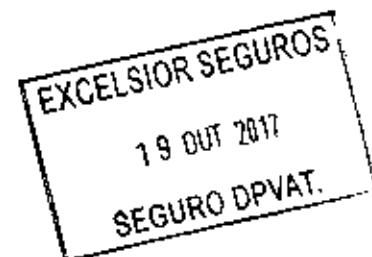
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Josenildo Barbosa Siqueira

JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
(VITIMA)

 *Akson Leite*
Agente
Mat. 221.100-9

B.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9** - Matrícula: **221100-9**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josenildo Barbosa Siqueira, portador da carteira de identidade nº 8.017.200 e inscrito no CPF/MF sob o nº 077.453.584-93 residente e domiciliado na SI Tenorio, 1020, Zona Rural Cidade Flora Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

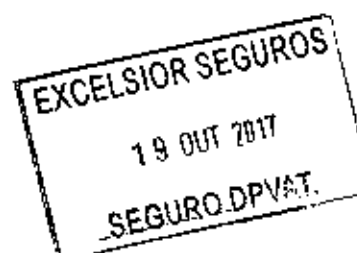
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Josenildo Barbosa Siqueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 02/10/17

Local e data



Declaração

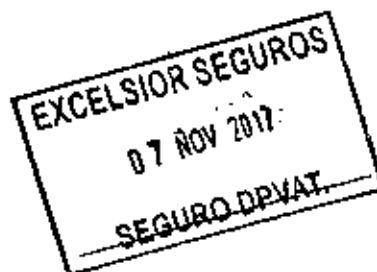
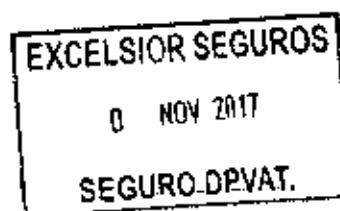
Comprovação de ato declar



Declaro que quanto a queda não informei
acidente com moto não é responsabilidade
minha, o responsável do atendimento,
veja meu acidente foi na zona rural local onde
não existe atendimento do Bambiuto, soube e
muito menos Polícia Rodoviária, no momento do
acidente consegui voltar para minha casa e meu
pai foi até a casa do vizinho e pediu o socorro
com o carro particular dele, cheguei informado
ter sido acidente com moto multa.
Responsabilidade não tem informado. Pego a
com Bambiuto de Tabela e aguardo resposta pelo
Estado prejudicado, dificuldade para pagar pensão,
sem força.

Sua Jilhada, 07 de Novembro de 2017

Marcelo Barbosa Siqueira



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: 28/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

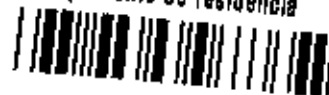
CLIENTE: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00917-2

CONTA: 000000028870-5

Nr. da Autenticação 578001612EE005F5



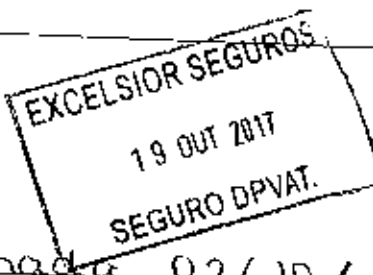
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josenildo Barbosa SiqueiraRG nº 8.017.200, data de expedição 27/04/2010 Órgão SDS/PE

CPF nº 077.453.584-93 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sl Tenorio</u>
Número	<u>1020</u>
Apto / Complemento	<u>Cama</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Flomen</u>
Estado	<u>Pe</u>
CEP	<u>56850-000</u>
Telefone de Contato	<u>1871 9634-4907</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 02/10/17Assinatura do Declarante: X Josenildo Barbosa Siqueira



Fornecedora de Energia Elétrica, criada pela Lei 10.430, de 2004/02
- RUA TATIANA, 111 - JARDIM PAULISTA - SÃO PAULO - SP - 05413-000
- CEP: 05413-000 - FONE: (11) 5063-5000 - FAX: (11) 5063-5001 - WWW.CELPE.COM.BR

DADOS DO CLIENTE

JOSE NILCO BARBOSA SIQUEIRA

CPF: 077.453.504-03

CLASSIFICAÇÃO

B1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo 1

EMPREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SITENORIO 1020

FLORES TENORIO
FLORES PE
58950-030

Nº DA NOTA FISCAL	SOC	DATA
031884280	ÚNICA	10/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/08/2017	2016035131	8314188

7023412378	08/2017
23/08/2017	15/08/2017
TOTAL DA FATURA (R\$)	55,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	74,0000000	0,55409488	41,03
Adesão Banda AMARELA			1,03
Adesão Banda VERMELHA			1,45
Contribuição Manutenção Pública			4,28
ICMS Subvenção CODE-UF 60157253-1126-17			0,51

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
15454288	1	10/08/2017	10/08/2017	10/08/2017	10/08/2017	10/08/2017	10/08/2017	1	74,00

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Consumo Ativo (kWh)	41,03	73,71%
Adesão Banda AMARELA	1,03	1,85%
Adesão Banda VERMELHA	1,45	2,60%
Contribuição Manutenção Pública	4,28	7,69%
ICMS Subvenção CODE-UF 60157253-1126-17	0,51	0,91%
TOTAL	55,68	100,00%

NOTA: O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no período de 10 dias. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no período de 10 dias. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no período de 10 dias.

TIPO DE SERVIÇO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Serviço de Energia Elétrica	55,68	100,00%

TIPO DE SERVIÇO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Serviço de Energia Elétrica	55,68	100,00%



Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50035-002
CNPJ 10.835.039/0001-08 | fone: (81) 3003543-93 | www.celpe.com.br

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.384-35

IPSEY SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
54012-130

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 2278078019 08/2016
DATA DE VENCIMENTO 27/06/2016 18/07/2016

ARREMATIAÇÃO 17/06/2016 20001022011 20012011 20012011

CONTA CONTRATO 2278078019 08/2016
DATA DE VENCIMENTO 27/06/2016 18/07/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 124,16

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	177 000000	0,63002571	111,52
Contribuição Iluminação Pública			7,34
ICMS Subvenção CDE-NE 002 10153B-18/04/16			1,17
Multa por atraso-NE 007131529-18/05/16			2,43
Multa por atraso-NE 007131818-18/05/16			0,77
PRO-CRANQA-08113417-81160 0800 621 8669			0,88

TOTAL DA FATURA

124,16

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Funcão	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
3207619	4.2	15-06-2016	1019100	1030700	10-07-2016	1030700	11700

CONSUMO DE ENERGIA		CONSUMO DE ENERGIA		CONSUMO DE ENERGIA	
DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
JAN 16	107	JAN 16	107	JAN 16	107
FEV 16	201	FEV 16	201	FEV 16	201
MAR 16	199	MAR 16	199	MAR 16	199
ABR 16	200	ABR 16	200	ABR 16	200
MAY 16	201	MAY 16	201	MAY 16	201
JUN 16	201	JUN 16	201	JUN 16	201
JUL 16	201	JUL 16	201	JUL 16	201
AUG 16	201	AUG 16	201	AUG 16	201
SET 16	201	SET 16	201	SET 16	201
OCT 16	201	OCT 16	201	OCT 16	201
NOV 16	201	NOV 16	201	NOV 16	201
DEZ 16	201	DEZ 16	201	DEZ 16	201
JAN 17	196	JAN 17	196	JAN 17	196

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
No caso de alteração de endereço, o cliente deve avisar a Companhia Energética de Pernambuco, por escrito, antes de mudar o endereço. Caso contrário, a Companhia não se responsabiliza por qualquer prejuízo decorrente da alteração de endereço sem a devida comunicação.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO			
TIPO DE INTERRUPÇÃO	DURAÇÃO (min)	FREQUÊNCIA (vezes/mês)	VALOR (R\$)	TIPO DE TENSÃO	NÍVEL (V)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
DRG	0,30	4,44	11,10	220	202	25,10	25,10
FRG	0,30	3,44	8,66	220	202	25,10	25,10
DRG	0,30	3,44	8,66	220	202	25,10	25,10

CONTA CONTRATO 2278078019 08/2016
DATA DE VENCIMENTO 27/06/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 124,16

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT



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 Romana de M. S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joãoildo Barbosa Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.453.584-93 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joãoildo Barbosa Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.453.584/93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

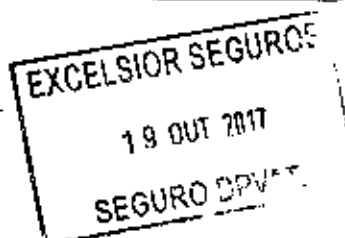
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Francisco Olavo</u>		<u>110</u>	<u>Cama</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>IPSE</u>	<u>Serra Talhada</u>	<u>PE</u>	<u>56912-130</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

Serra Talhada, 11 de Outubro de 2017
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Augusto Barbosa Siqueira

RG nº 3.955.553, data de expedição 02/08/1988

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 749.701.194-49 com domicílio na cidade de Flores, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SI Tenorio, nº 740,

complemento Curva, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Joenilda Barbosa Siqueira cujo o condutor era

Joenilda Barbosa Siqueira.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN MIX EX

Ano: 2010 / 2010

Placa: KI-2291

Chassi: QC2KC1640A8032888

Data do Acidente: 06/05/2017

Local e Data: Serra Talhada 26/09/2017

x Augusto Barbosa Siqueira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SÍTIO DOS NUNES
Titular: MARIA GISENIDE ARAÚJO SOUZA
Telefone: (97)-38578-102

Reconheço por Autenticidade a Firma de: AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA e dou fé. Sítio dos Nunes - Flores - PE. Em Testemunho da Verdade. Emol. 3,26, TSNR: 1.10. Total: 4,36.

Mª Gisenide Araújo Souza

Selo: 0005945.NCM08201701.01276 27/09/2017 16:22:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/secedigital

CARTÓRIO DO REG. CIVIL
E TABELIONATO
Mª Gisenide A. Souza
Tabela

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 123



Data: 06-05-2017	Hora: 17:06		
Nome: Josénilto Barbosa Siqueira			
Nascimento: 26-03-1993	Sexo: masc	Estado Civil: Uniao Est	
Escolaridade: 2º grau	Profissão: Agravador		
Mãe: Joseilda Maria Siqueira	Responsável: Joseilda (tia)		
Endereço: Sítio Turano			
Bairro:	Município: F. J. J.	Fone: 8866-3160	
Cartão SUS: 7050062 24974251	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
		Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico: *Exame físico normal. Sinais de desidratação. Hemodinâmica normal. Ausculta normal. Não há sinais de infecção.*

Tratamento: *Levofloxacina 500mg PO BID
Levofloxacina 500mg PO BID*

Hipótese Diagnóstica: *Infecção urinária*

Carimbo e Assinatura:

Destino do Paciente: Internado ☒ Residência ☐ Transferido ☐ Evasão ☐

Remetido para o hospital:

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO-DEPVAT.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

1 - NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
077.453.584-93			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAI	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONUÁRIO
705005224474251			000064238
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
JOSENILO BARBOSA SIQUEIRA	26/03/1993	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD		13 - TELEFONE DE CONTATO
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA			(87) 98117-6994
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
TENORIO	FLORES		
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP	
	PE	56900-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Doença hipertensiva HSD + disfunção renal crônica causada por HSD, egresso, com sintomas de insuficiência renal HSD</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>HSD e disfunção renal</i>	
21 - DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO	22 - CID. 10 PRIMÁRIO
<i>Insuficiência renal crônica</i>	<i>S420</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>U.S. de trauma</i>	<i>U.S. de trauma</i>
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
202 - TRAUMA, MASC.	245 - X (CNS) (CPF)
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Mauro Pereira</i>	21/05/2017
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL MÉDICO	
<i>Mauro Pereira</i>	

APRESENTAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - NOME DA EMPRESA	43 - CBOE
37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO	☐ PREVIDENTE ☐ NÃO PREVIDENTE		

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	47 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR	51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /	<i>Mauro Pereira</i> CPF: 153.272.214 Médico Autorizado	21/05/17
MOTIVO DA ALTA:		261710478933-2
CARÁTER DA INTERNAÇÃO:		02
DATA DA INTERNAÇÃO:		21/05/17
DATA DA ALTA:		23/05/17

Hospital de Origem: **HOSPAM**

Paciente: **JOSE NILDO BARBOSA SIQUEIRA**

Endereço:

Dados Clínicos:

**Posição Anteflexão MS D. de flexão
Hábito: Recente - 01/11/17
D. de flexão: Externa, e flexão
de 170 graus**

Hipótese Diagnóstica: **FRATURA CLAVICULAR D**

Conduta Adotada: **Verificar - Encaminhamento**

Justificativa do Encaminhamento: **Necessidade de 2º tempo**

Encaminhamento Para: ☒ Casa de Saúde e Maternidade São Vicente ☐ Hospital São Francisco
☐ Pronto Socorro São José
☐ Casa de Saúde e Maternidade Souto Maior

Clinica: ☐ Médica ☐ Pediátrica ☐ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☒ Traumatologia

Exames Complementares: **Rx Clavícula D AP**

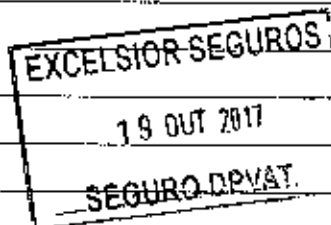
Tratamento Proposto: **Ortopédico**

1. Exeter Ligne
 2. Ilizarov 500 V.D. 8/11/17
 3. Verificação TPAE, Unia, Ofício 21/11/17
 4. Cuidado com a pele
- Assinatura: 22/11/17**

Observações:

Médico Plantonista do HOSPAM - Carimbo

Visto do Supervisor



Dr. José Joelson Alves Lima Júnior
Diretor Clínico do HOSPAM
CRM: 18115 Data: 06/05/17
Matrícula: 370.378-0

Visto do Diretor Clínico

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE

ANTÔNIO RODRIGUES DE FREITAS

DATA DA SOLICITAÇÃO

06/05/17 19:06

Nº SOLICITAÇÃO

318635

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705005224474251

DATA DE NASCIMENTO

26/03/1993

SEXO

MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOSEIL DA MARIA SIQUEIRA

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO TENÓRIO, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORFIS

COD. IBSG MUNICÍPIO

2605608.00

UF

PE

CEP

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE

AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO

17/05/17 16:21

OBSERVAÇÃO

OBSERVAÇÃO EXISTENTE

Regulador

MÉDICO REGULADOR

CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA

TIPO LEITO

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO

17/05/17 11:23

MÉDICO AUTORIZADOR

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		06/05/2017 19:06
MÉDICO SOLICITANTE ANTÔNIO RODRIGUES DE FREITAS	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 7351	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO FOLHETO
NOME DO PACIENTE JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA		318635
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
705005224474251	26/03/1993	Masculino
NOME DA VÁLE OU RESPONSÁVEL JOSEILDA MARIA SIQUEIRA		TELEFONE DE CONTATO
ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) SÍTIO TENÓRIO, ZONA RURAL		
CIDADE (Cidade do Domicílio)	COD. IGEE MUNICIPAL	UF
FLORES	2605608	PE
		CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: POSIÇÃO ANTÁLGICA MSD, DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA D, COM EDEMA.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA CLAVÍCULA D		
CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITAIS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
CLÍNICA	CARACTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	DOCUMENTO () CNS (X) CPF
		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 05655200325

EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		17/05/17 11:23
TIPO DE LEITO	ESPECIALIDADE ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA	
CIRÚRGICO		
MÉDICO AUTORIZADOR		

AUTORIZAÇÃO		DATA DA SOLICITAÇÃO
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA		06/05/17 19:06
DOCUMENTO () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 05402704406	COD. ORÇÃO EMISSOR: CRM 17462

ESCLARECIMENTOS

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPV-T
SEGURADOR DO PROCEDIMENTO

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

17/05/17 09:47 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

OFERTO LEITO NA PROPRIA UNIDADE. ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

16/05/17 13:51 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

NO MOMENTO NAO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NAO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

15/05/17 11:34 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

ENFERMEIRA JOYCE DA REGULAÇÃO ESTA CIENTE QUE É NECESSARIO EVOLUIR O PACT NO SISTEMA DIARIAMENTE P/ PODE SER OFERTADO LEITO AO MESMO. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS P/ OFERTAR APOS BUSCA ATIVA EM REDE PUBLICA E CONVENIADA AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

14/05/17 10:31 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

ENF JOSE INFORMA : PACIENTE CONTINUA EM LISTA DE CONVENIO , INFORMO A MESMA QUE FOI REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITO NA REDE PUBLICA E DE CONVENIO , NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

13/05/17 11:48 VERA LUCIA BEZERRA LEITE

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA E CONVENIADA NO MOMENTO SEM VAGA DISPONIVEL PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução

12/05/17 12:07 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

Descrição

PACIENTE SEGUE AGUARDANDO VAGA PARA CIRURGIA.

Data/Hora Profissional Evolução

11/05/17 14:08 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NAO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NAO AO SUS

Data/Hora Profissional Evolução

10/05/17 17:56 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NAO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NAO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

09/05/17 16:20 ROSIANE COSME DA SILVA

Descrição

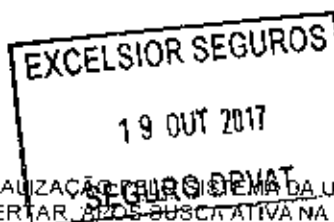
EM CONTATO COM A ENFA ROSIANE RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, SOLICITAMOS ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA DA UNIDADE, AGUARDAMOS ATUALIZAÇÃO EM TEIA, NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR, APOS BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA E CONVENIADA

Data/Hora Profissional Evolução

08/05/17 16:33 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS/PRIVADAS/CONVENIADAS OU NÃO AO SUS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora 07/05/17 10:14 Profissional Evolução DANUZIA CRISTINA DA SILVA XAVIER
 Descrição
 NO MOMENTO SEM LEITO DE ORTOPEDIA DISPONIVEL PARA OFERTAR.

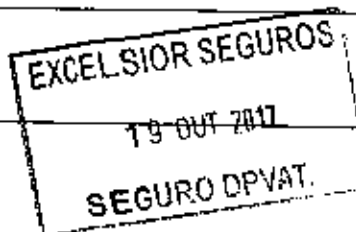
Data/Hora 06/05/17 19:12 Profissional Evolução CONCEICAO DE CACIA DE MEDEIROS SILVA
 Descrição
 NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR, APOS BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA E CONVÊNIMADA.

Data/Hora 06/05/17 19:06 Profissional Evolução ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS
 Descrição
 Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO				
Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/05/17 19:06	Em digitação	0h:2m:18s	MARIANA.FORT/HOSPITAL REGIONAL AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/05/17 19:08	Aguardando Regulacao	0h:1m:16s	MARIANA.FORT/HOSPITAL REGIONAL AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
06/05/17 19:09	Aguardando Regulacao	0h:0m:14s	CLEA.PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: CLEA.PATRIOTA solicitação. 318635
06/05/17 19:10	Regulado	0h:2m:55s	CLEA.PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO
06/05/17 19:12	Aguardando Disponibilidade	254h:34m:40s	CCMS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
17/05/17 09:47	Aguardando Confirmação	1h:35m:59s	ANTONIAMV/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	4h:58m:14s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA.CORDEIRO
17/05/17 16:21	Em trânsito		ANTONIAMV/HOSPITAL REGIONAL AGAMENON MAGALHAES - S.	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ASSISTIDO	Paciente Assistido	Usuário
Data / Hora		
DADOS REJEIÇÃO		
COMUNICAÇÃO ATIVA		
OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA		

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 21/05/2017 N° Registro: 000064236

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA 202 - TRAUMA. MASC. 03

Data Nascimento: 26/03/1993 Idade: 24 Sexo: Masculino Cor: Branca

Estado Civil: Amasiado(a) Profissão: APOSENTADO Naturalidade: FLORES Nacionalidade: Brasileiro

Filiação: Pai: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA Mãe: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA

Endereço: SÍTIO TENORIO SN

Bairro: ZONA RURAL Cidade: FLORES Estado: PE Telefone: (87) 98117-6994

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Castigo [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Lesões traumáticas no abdômen, evidenciadas por ferimentos e hematomas. Dor e edema abdominal. Ausc. normal.

Diagnóstico Inicial *Fratura de fêmur*

S.A.D.T.

Diagnóstico Final

FRAT. CURRIDA

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.

CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Melhorada [X] Decisão Médica [X]
Inalterado [] Alta a Pedido []
Piorado [] Transferência []
Óbito - 48h [] Evasão []
Óbito - 48h [] Indisciplina []

Óbito em: / /

Hora: Médico Responsável

Data do Internamento: 21/05/17
Data da Alta: 23/5/17
Local: *Antônio Rodrigues de Freitas*
CPF: 054.562.008-25 CRM: 7357

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

PEDRO A.

1º Auxiliar:

ANDRÉ B.

2º Auxiliar:

Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCTE EM CADEIRA DE ROTA
- ② ASSERTEIA / ANTESE ROTA
- ③ APOSIÇÃO CAMPOS ESTERILIZADOS
- ④ ALCATRA SUPRA-CLAVICULAR ①
- ⑤ ABERTURA POR PLANOS
- ⑥ REDUÇÃO ELÉNTICA
- ⑦ FIXAÇÃO CI T20 K
- ⑧ LAVO CI SFO, 9%.
- ⑨ SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

SEGURO DPV-F

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
CPF: 024.223.204-30 CRM: 16558

Assinatura do Cirurgião



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES NEVES

108423

José Antonio Barbosa Siqueira

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.017.200

27/04/2010

<< JOSE NILDO BARBOSA SIQUEIRA >>

<< AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA >>

<< JOSE LIDIA MARIA SIQUEIRA >>

SERRA TALHADA - PE

26/03/1993

<< CN: 2146 L. 03 F. 189 CART. SÍTIO DOS NÚBES FLORES - PE 24.07.1993 >>

077.453.984-93

ASSINADO POR: [Assinatura]

CEIN 7.116 DE 29/08/83

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

SEGURO CPVAT.

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.