



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELETRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. JG&G 06 Barões, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSILENE MARIA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SANTANA 718

CPF: 066.852.404-90 NIS: 16278022657

SANTANA/GRAVATA
GRAVATA PE
55645-808

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO 4002294910 MÊS 11/2018

DATA DE VENCIMENTO 03/12/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 27/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 57,12

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
040780518	UNICA	28/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/11/2018	2002221462	1287280

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18398026	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31541014	22,07
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	39,0000000	0,47311621	18,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 028448891 - 27/08/18			0,53
Juros por atraso-NF 028448891 - 27/08/18			0,47
Atualização IGPM-NF 028448891 - 27/08/18			0,78
TOTAL DA FATURA			57,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
040780518	UNI	28/10/2018	17.355,00	28/11/2018	17.534,00	31	179,00

HISTÓRICO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS	CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%
NOV 18	139				Geração de Energia	R\$ 21,82	45,43%
OUT 18	125				Transmissão	R\$ 3,80	6,43%
SET 18	108				Distribuição (Celpe)	R\$ 14,34	30,13%
AGO 18	97				Perdas de Energia	R\$ 4,51	9,48%
JUL 18	101				Encargos Setoriais	R\$ 2,08	4,37%
JUN 18	119				Tributos	R\$ 1,88	4,15%
MAI 18	110				Total	R\$ 47,58	100%
ABR 18	114						
MAR 18	120						
FEV 18	105						
		TARIFAS APLICADAS					
		Consumo Ativo até 30 kWh			0,18398026		
		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			0,30222600		
		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			0,45333900		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

CPF:

300.380.494-49

Bairro:

SANTANA

Número:

718

Complemento:

Cidade:

GOIATUBA

Estado:

PE

CEP:

55645-808

E-mail:

Tel. (DDD):

81 9922815094

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

52382

7

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

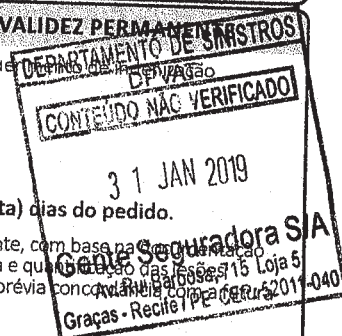
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

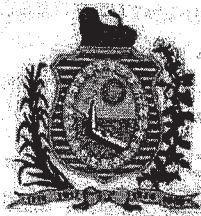
Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

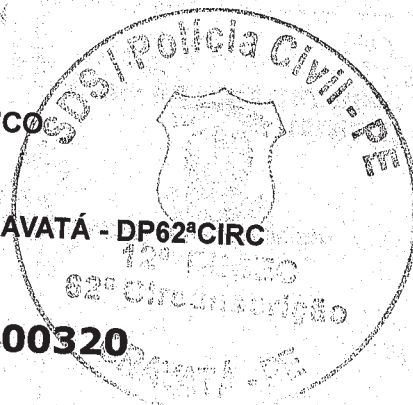
Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152000320**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/12/2018** no período da **Manhã**

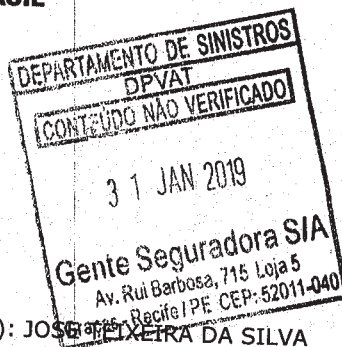
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO; VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE TEIXEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**



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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA**
Pai: **GERÔNIO TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1960** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 718, RUA ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO; VILA SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO PLACA PFE-9829 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE-9829 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **NXR150 BRÓS ES**

Complemento / Observação

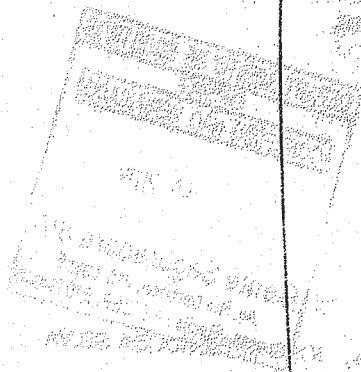
A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTO NA VIA LOCAL, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO, QUANDO UMA OUTRA MOTO COLIDIU COM A SUA, OCASIONANDO A QUEDA DA VÍTIMA QUE SOFREU A QUEBRA DE SUA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO

HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA APRESENTADA NESTA DELEGACIA.

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

Jose Teixeira de Silva
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Deise Barbosa Figueroa Faria* - Matrícula: 3875113



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

CPF:

300.380.494-49

Bairro:

SANTANA

Número:

718

Complemento:

Cidade:

GOVATÁ

Estado:

PE

CEP:

55645-808

E-mail:

Tel. (DDD):

81 9922815094

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

52382

7

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

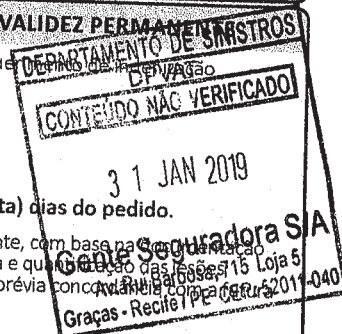
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085203

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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, 06 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190085203**

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

RG: 2.188.110 SDS/PE

CPF: 300.380.494-49

Estado Civil: DIVORCIADO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: LOTEAMENTO SANTA N:718 Bairro: SANTANA

GRAVATÁ/PE CEP: 55645-808, neste ato tendo assinado a rogo,

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 o devido cumprimento deste mandato, da vítima

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

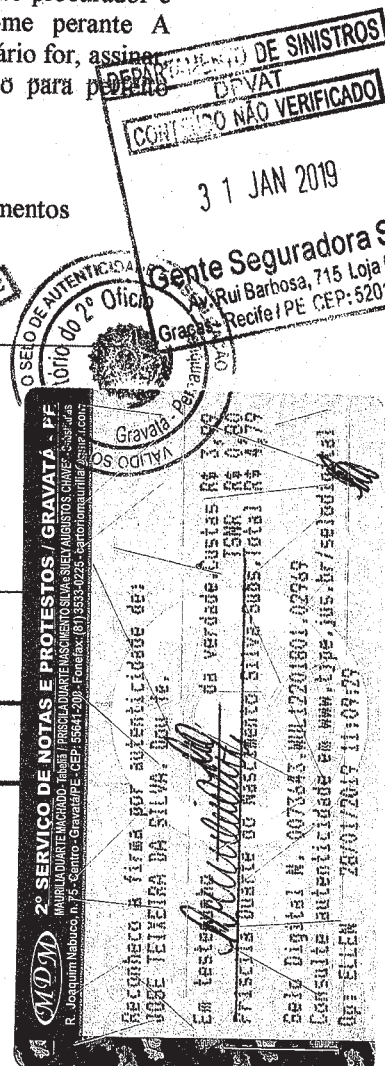
* *Jose Teixeira da Silva*
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata-PE 28/01/2019
Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355627/19

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 300.380.494-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

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: 11/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355627/19

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 300.380.494-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

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: 11/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME: << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

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

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

DOC. ORGEM: << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

CPF: 0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-68

Ass. Patricia C.G. Alcantara
Ass. Antonio do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1017728001210122856.7651186 F-76 315.700 - 452

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
SINISTRO NÃO VERIFICADO

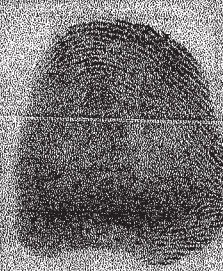
31 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
300.380.494-49
 Nome
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
 Nascimento
25/12/1960
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Jose Teixeira da Silva
 CADERNO DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 REGISTRO GERAL **2.188.110** DATA DE EXPEDIÇÃO **21/02/2003**
 NOME **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
 FILIAÇÃO **GERONCIO TEIXEIRA DA SILVA**
SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA
 NATURALIDADE **PE** DATA DE NASCIMENTO **25/12/1960**
 GRAVATA **CC 1249-LB.02-F 191-CART. 1º DE GRAVATA-PE**
 DATA DE ORIGEM **01/02/2003**
 ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN-2.118 DE 29/08/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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 nº9.613/98.

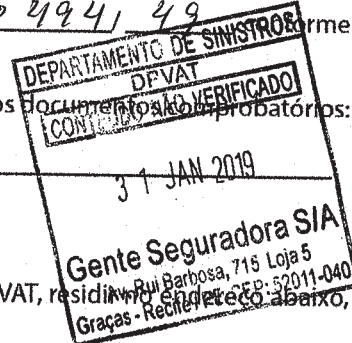
Pelo exposto, eu GLEYSON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.380.494 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura INURVIDEZ da Vítima JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.380.494 / 49 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, residindo em endereço informado, 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 BALBOA</u>		Número <u>86</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55842-153</u>
Email <u>gleyson40@netmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>81 99228-5037</u>

GRAVATÁ, 29 de JANUÁRIO de 2019
Local e Data

Gleyson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

José Teixeira de Silva

Laudo médico

Paciente portador

de síndrome chagásica aguda

em: 5/2.0 em acidente de

Trânsito.

Realizado, trata-se de caso de

doença

0309113

Dr. Alexandre Bezerra
Traumato - Ortopedia
CRM 5704 TEOP 12/2

Sugestões, Reclamações, Propostas

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE

Fone: 3568-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com



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: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATA

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

Tram no Orelha D; Após
gates do novo
Rx - tibia a churra e Lax
no Orelha D

EXAME FÍSICO

CD: @ Orelhas IPA BV 6/6 N 9W
(2) Orelhas 4/4 IPA BV



conf com original
Jol

EXAMES SOLICITADOS

HD

Fratura Clavícula D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

BRENO MOURA
MÉDICO
CRM 25152

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

① Voltada para o lado direito

② Intubação orotraqueal com

Leová Hellen de Medeiros
COREN-PE 341.470-EMF

09:15
EU
huf

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	
Município de Notificação	Gravatá - PE
Unidade Sentinela	Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V
CNES	2435802
Vítima Nº	
Data do atendimento	14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200
Número de Registro/Prontuário	000099216
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA	
Sexo	☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado
Data de nascimento	25/12/1960 ☐ 9 Ignorado
Idade	57 ☐ 9 Ignorado
Ocupação	☐ 9 Ignorado
Município de residência	Gravatá - 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	Tipo de Vítima
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	☐ 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?	Tipo de acidente
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 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	Uso de cinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor	Uso de bebida alcoólica pelo condutor
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Sono do condutor	Condutor tem habilitação
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 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 Motocicleta ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado	
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela	Transferência da Vítima
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
NOTIFICADOR	
Responsável pelo preenchimento	Função
Observações	

DEPARTAMENTO DE SAUDES
DPV - Divisão de Vigilância em Saúde
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Centro Seguradora SIA
Av. da Barroca, 715 Loja 5
Gratá - Recife - PE - CEP: 52011-040

conf. original



Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

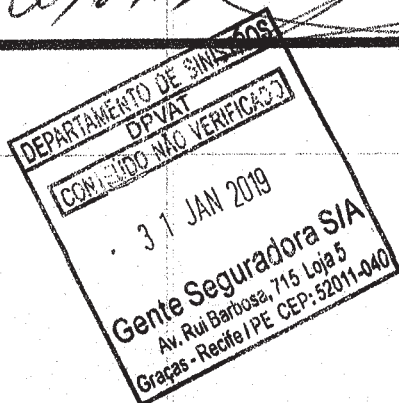
Pre. Vereador Leiva

Laudo médico

Para o Prato
Leitura clonada de
cid: 542.0. por clonada

Tratado
Reolozio Tratado de conservação
de la medicina

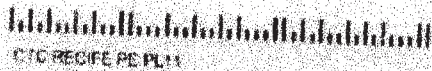
Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggio, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fonc: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com



Dr. Alexandre Bezerra
RM: 5701-1501-242

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



C/D RECIFE PE PL 11



GLEYBSON S D AMARAL
RUA RIVALDO BALTAR 56
PRADO GRAVATA PE
55642-155



721105039000640000006349530100311

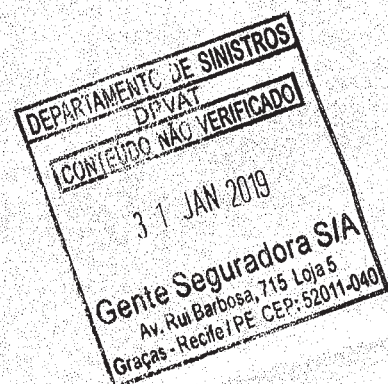
RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL
MAIS SEGURO | MAIS FÁCIL | MAIS RÁPIDO

2003 4342
(Capital e reservas acumuladas)
0000 701 4342
(Carteira de investimentos)

Data da Postagem: 28/06/2018

Data do Vencimento: 10/07/2018

DIG/000182099





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. JG&G 06 Barões, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSILENE MARIA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SANTANA 718

CPF: 066.852.404-90 NIS: 16278022657

SANTANA/GRAVATA
GRAVATA PE
55645-808

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO 4002294910 MÊS 11/2018

DATA DE VENCIMENTO 03/12/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 27/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 57,12

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
040780518	UNICA	28/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/11/2018	2002221462	1287280

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18398026	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31541014	22,07
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	39,0000000	0,47311621	18,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 028448891 - 27/08/18			0,53
Juros por atraso-NF 028448891 - 27/08/18			0,47
Atualização IGPM-NF 028448891 - 27/08/18			0,78
TOTAL DA FATURA			57,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
040780518	UNI	28/10/2018	17.355,00	28/11/2018	17.534,00	31	179,00

HISTÓRICO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS	CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%
NOV 18	139				Geração de Energia	R\$ 21,82	45,43%
OUT 18	125				Transmissão	R\$ 3,80	6,43%
SET 18	108				Distribuição (Celpe)	R\$ 14,34	30,13%
AGO 18	97				Perdas de Energia	R\$ 4,51	9,48%
JUL 18	101				Encargos Setoriais	R\$ 2,08	4,37%
JUN 18	119				Tributos	R\$ 1,88	4,15%
MAI 18	110				Total	R\$ 47,58	100%
ABR 18	114						
MAR 18	120						
FEV 18	105						
		TARIFAS APLICADAS					
		Consumo Ativo até 30 kWh			0,18398026		
		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			0,30222600		
		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			0,45333900		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

CPF:

300.380.494-49

Bairro:

SANTANA

Número:

718

Complemento:

Cidade:

GOVATÁ

Estado:

PE

CEP:

55645-808

E-mail:

Tel. (DDD):

81 9922815094

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

52382

7

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

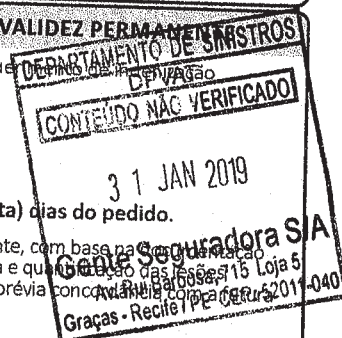
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



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: 341020
PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA
GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960 IDADE: 57
ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO
BAIRRO: LOT SANTANA CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

DATA: 14/12/2018
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10
CNS: 708201172334941
TELEFONE: (81) 9295-3066
SEXO: Masculino COR: Sem Informação
Nº: 718 UF: PE CEP:

HDA

Tram no Orelha D; Após
gates do novo
Rx - tibia a churra e Lax
no Orelha D

EXAME FÍSICO

CD: @ Orelhas IPA BV 6/6 N 9W
(2) Orelhas 4/4 IPA BV



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Fratura Clavícula D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO
CRM 25152

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

① Voltada para o lado direito

② Intubação orotraqueal

Leová Hellen de Medeiros
COREN-PE 341.470-EMF

09:15
EU
LRF

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



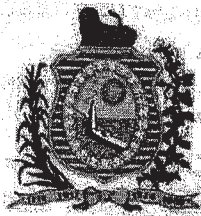
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	
Município de Notificação	Gravatá - PE
Unidade Sentinela	Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V
CNES	2435802
Vítima Nº	
Data do atendimento	14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200
Número de Registro/Prontuário	000099216
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA	
Sexo	☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado
Data de nascimento	25/12/1960 ☐ 9 Ignorado
Idade	57 ☐ 9 Ignorado
Ocupação	☐ 9 Ignorado
Município de residência	Gravatá - 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	Tipo de Vítima
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	☐ 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?	Tipo de acidente
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 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	Uso de sinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor	Uso de belt
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Outro fator relacionado ao acidente	
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela	
☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado	
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela	Transferência da Vítima
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
NOTIFICADOR	
Responsável pelo preenchimento	Função
Observações	

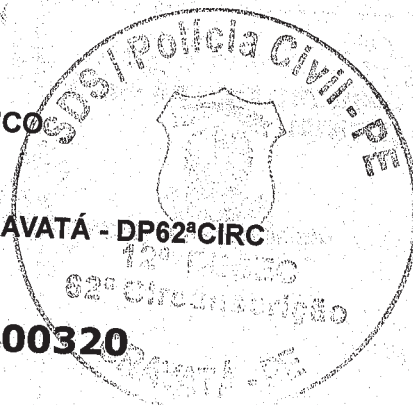
DEPARTAMENTO DE SAUDES
DPV-CA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Cente Seguradora SIA
Av. N. Barbosa, 715 Loja 5
Gratias - Recife - PE - CEP: 52011-040

conf. original



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152000320**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/12/2018** no período da **Manhã**

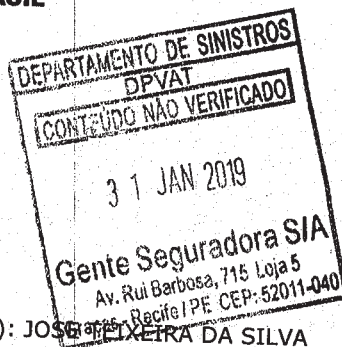
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO; VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE TEIXEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**



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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA**
Pai: **GERÔNIO TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1960** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 718, RUA ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO; VILA SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO PLACA PFE-9829 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE-9829 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **NXR150 BRÓS ES**

Complemento / Observação

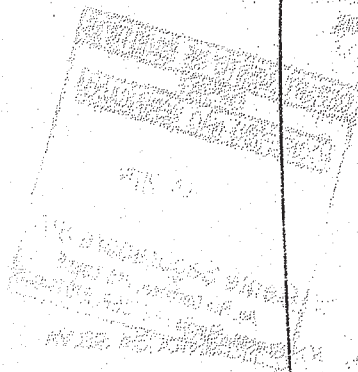
A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTO NA VIA LOCAL, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO, QUANDO UMA OUTRA MOTO COLIDIU COM A SUA, OCASIONANDO A QUEDA DA VÍTIMA QUE SOFREU A QUEBRA DE SUA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO

HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA APRESENTADA NESTA DELEGACIA.

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

Jose Teixeira de Silva
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Deise Barbosa Figueroa Faria* - Matrícula: 3875113



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

CPF:

300.380.494-49

Bairro:

SANTANA

Número:

718

Complemento:

Cidade:

GOIATUBA

Estado:

PE

CEP:

55645-808

E-mail:

Tel. (DDD):

81 9922815094

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

52382

7

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

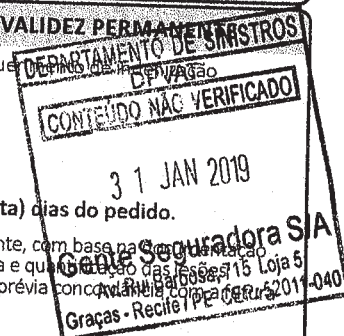
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036446/19

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 300.380.494-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

RG: 2.188.110 SDS/PE

CPF: 300.380.494-49

Estado Civil: DIVORCIADO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: LOTEAMENTO SANTA N:718 Bairro: SANTANA

GRAVATÁ/PE CEP: 55645-808, neste ato tendo assinado a rogo,

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 o devido cumprimento deste mandato, da vítima

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

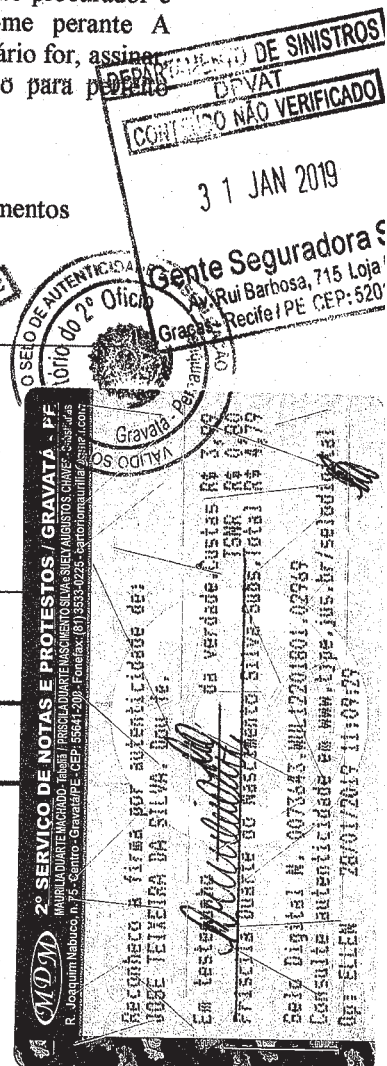
* *Jose Teixeira da Silva*
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata-PE 28/01/2019
Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085203 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085203 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

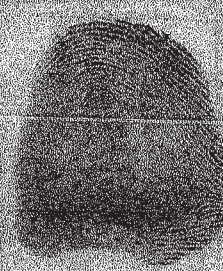
DANOS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
300.380.494-49
 Nome
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
 Nascimento
25/12/1960
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Jose Teixeira da Silva
 CADERNO DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 REGISTRO GERAL **2.188.110** DATA DE EXPEDIÇÃO **21/02/2003**
 NOME **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
 FILIAÇÃO **GERONCIO TEIXEIRA DA SILVA**
SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA
 NATURALIDADE **PE** DATA DE NASCIMENTO **25/12/1960**
 GRAVATA **CC 1249-LB.02-F 191-CART. 1º DE GRAVATA-PE**
 DATA DE ORIGEM **01/02/2003**
 ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN-2.118 DE 29/08/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME: << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

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

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

DOC. ÚNICO: << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

CPF: 0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-68

Ass. Patrícia C.G. Alcantara
Ass. Técnica do DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1017728001210122856.7651186 F-76 315.700 - 452

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
SINISTRO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040



Gravata - PE
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: 341020
PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA
GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960 IDADE: 57
ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO
BAIRRO: LOT SANTANA CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

DATA: 14/12/2018
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10
CNS: 708201172334941
TELEFONE: (81) 9295-3066
SEXO: Masculino COR: Sem Informação
Nº: 718 UF: PE CEP:

HDA

*Tram no Ombro D; Após
gates do novo
Rx - tibia a churca e Lax
no Ombro D*

EXAME FÍSICO

*CD: @ Ombro IPA BV 6/6 N 9W
(2) Ombro 4/7 IPA BV*

conf com original
[Signature]



EXAMES SOLICITADOS

HD

Fratura Clavícula D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO
CRM 25152

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

① Voltada para o lado direito

② Intubação orotraqueal

Leová Hellen de Medeiros
COREN-PE 341.470-EMF

09:15
EU
LRF

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	
Município de Notificação	Gravatá - PE
Unidade Sentinela	Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V
CNES	2435802
Vítima Nº	
Data do atendimento	14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200
Número de Registro/Prontuário	000099216
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA	
Sexo	☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado
Data de nascimento	25/12/1960 ☐ 9 Ignorado
Idade	57 ☐ 9 Ignorado
Ocupação	☐ 9 Ignorado
Município de residência	Gravatá - 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	Tipo de Vítima
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	☐ 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?	Tipo de acidente
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 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	Uso de sinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor	Uso de belt
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Outro fator relacionado ao acidente	
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela	
☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado	
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela	Transferência da Vítima
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
NOTIFICADOR	
Responsável pelo preenchimento	Função
Observações	

DEPARTAMENTO DE SAISTROS
DPVATICA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Cente Seguradora SIA
Av. da Barroca, 715 Loja 5
Gratás - Recife - PE - CEP: 52011-040

conf. original



Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

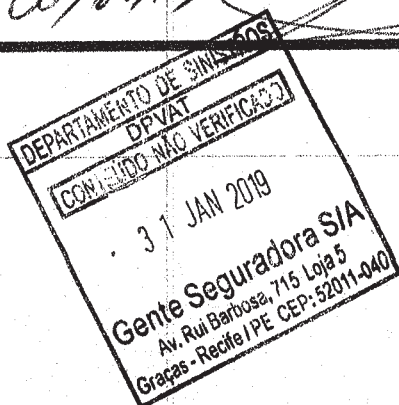
Pre. Vereador Leiva

Laudo médico

Para o Prato
Leitura clonada de
cid: 542.0. no clonada

Tratado
Reolozio Tratado de conservação
de la medicina

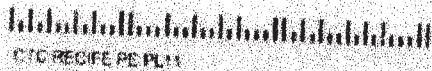
Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Pogy, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fonc: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com



Dr. Alexandre Bezerra
RM: 5701-1501-242

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



C/D RECIFE PE PL 11



GLEYBSON S D AMARAL
RUA RIVALDO BALTAR 56
PRADO GRAVATA PE
55642-155



721105039000640000006349530100311

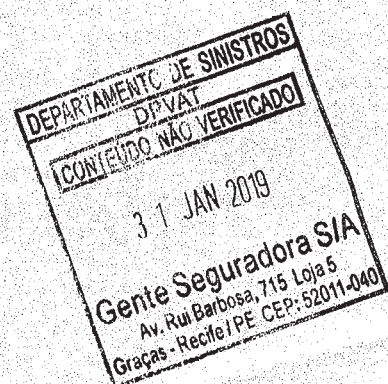
RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL
MAIS SEGURO | MAIS FÁCIL | MAIS RÁPIDO

2003 4342
(Capital e reservas acumuladas)
0000 701 4342
(Carteira de investimentos)

Data da Postagem: 28/06/2018

Data do Vencimento: 10/07/2018

DIG/000182099



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 nº9.613/98.

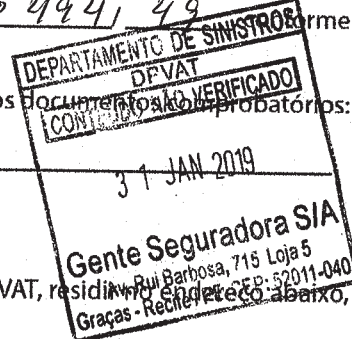
Pelo exposto, eu GLEYSON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.380.494 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura INURUBOZ da Vítima JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.380.494 / 49 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, residindo em endereço informado, 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 BALBOA</u>		Número <u>86</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55842-153</u>
Email <u>gleyson_40@netmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>81 99228-5037</u>

GRAVATÁ, 29 de JANUÁRIO de 2019
Local e Data

Gleyson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



Gravata - PE
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: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATA

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

*Tram no Orelha D; Após
gates do novo
Rx - tibia a churra e Lax
no Orelha D*

EXAME FÍSICO

*CD: @ Orelhas IPA BV 6/6 N 9W
(2) Orelhas 4/4 IPA BV*



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Fratura Clavícula D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO
CRM 25152

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

① Voltada para o lado direito

② Intubação orotraqueal

Leová Hellen de Medeiros
COREN-PE 341.470-EMF

09:15
EU
LRF

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	
Município de Notificação	Gravatá - PE
Unidade Sentinela	Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V
CNES	2435802
Vítima Nº	
Data do atendimento	14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200
Número de Registro/Prontuário	000099216
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA	
Sexo	☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado
Data de nascimento	25/12/1960 ☐ 9 Ignorado
Idade	57 ☐ 9 Ignorado
Ocupação	☐ 9 Ignorado
Município de residência	Gravatá - 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	Tipo de Vítima
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	☐ 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?	Tipo de acidente
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 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	Uso de sinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor	Uso de belt
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Outro fator relacionado ao acidente	
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela	
☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado	
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela	Transferência da Vítima
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
NOTIFICADOR	
Responsável pelo preenchimento	Função
Observações	

DEPARTAMENTO DE SAUDES
DPVATICA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
Centro Seguradora SIA
Av. da Barroca, 715 Loja 5
Gratias - Recife - PE - CEP: 52011-040

conf. original