
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405009

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

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

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: 046.044.374-75 Nome completo da vítima: Gleydson Kleber Ventura Domingos
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 457/2012
 Nome completo: Gleydson Kleber Ventura Domingos CPF: 046.044.374-75
 Profissão: Recusado Endereço: Rua Tracumhaem Número: 556 Complemento: _____
 Bairro: Boa Vista Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55038-550
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9668-4814

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)
 AGÊNCIA: 3016 CONTA: 41795 2
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

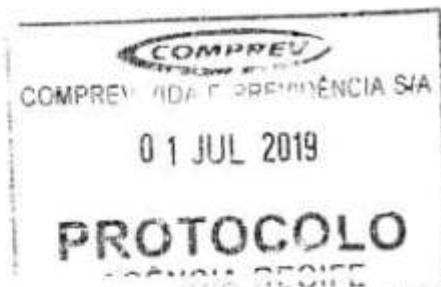
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

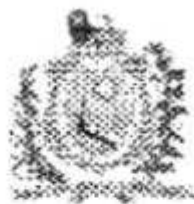
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 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 239 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não exigida
 Local e Data: Caruaru 28/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gleydson Kleber Ventura Domingos
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____
 CPF: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: 01 JUL 2019
PROTOCOLO

(* 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 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC.

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0180001118

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2019 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 2/3/2019 às 21:48

Fato ocorrido no endereço: RUA GUARATINGUETA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 91 - Bairro: CAIÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
LUIS PAULO MARTINS DA SILVA (OUTRO)
GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS



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

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDNEIDE VENTURA GOMES Pai: BERCINO DOMINGOS DA SILVA Data de Nascimento: 11/1/1985 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA TRACUNHAEM - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 556 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUIS PAULO MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIS PAULO MARTINS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR 150 E Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFD6334** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **267873028** Chassi: **9C6KE152080012265**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

Descrição: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K**

Complemento / Observação

O SENHOR GLEYDSON KLEBER COMPARECEU A DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA 02/03/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NO BARRIO DO CAUCA NA RUA GUARATINGUETA QUANDO UM VEÍCULO ATRAVESSOU A VIA DE ROLAMENTO ATINGINDO O NOTICIANTE QUE NO MOMENTO FICOU IMPOSSIBILITADO DE EVITAR O ACIDENTE, O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA 1903029679 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE PTONTUÁRIO 334859. A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NA CLAVÍCULA E NA PERNA.

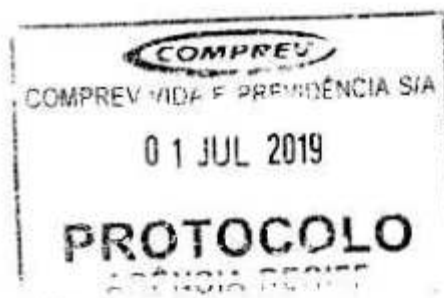
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gleydson Kleber Ventura Domingos

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **HILDO RIBEIRO DE ANDRADE JÚNIOR** - Matrícula: **296820-7**



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: 046.044.374-75 Nome completo da vítima: Gleydson Kleber Ventura Domingos
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 457/2012
 Nome completo: Gleydson Kleber Ventura Domingos CPF: 046.044.374-75
 Profissão: Recusado-se Endereço: Rua Tracumhaem Número: 556 Complemento: _____
 Bairro: Boa Vista Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55038-550
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9668-4814

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)
 AGÊNCIA: 3016 CONTA: 41795 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 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 239 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não exigida
 Local e Data: Caruaru 28/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1º Nome: _____
 CPF: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: 01 JUL 2019
PROTOCOLO

(* 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.

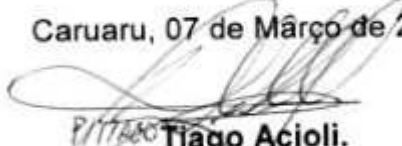


DECLARAÇÃO

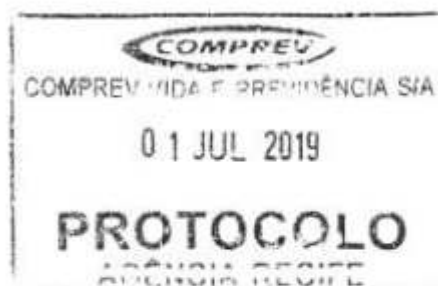
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS** portador do CPF-**046.044.374-75** e RG-**7.277.813** SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências N°**1903029679** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **02/03/2019** às **21h e 48min**, no endereço **RUA GUARATINGUETÁ, BAIRRO CAIUCÁ, CARUARU-PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO**, tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

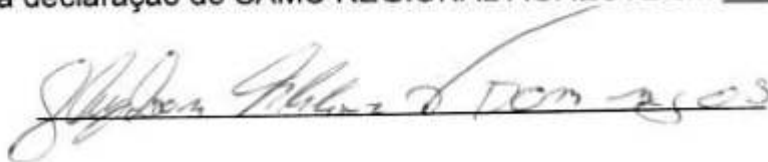
Caruaru, 07 de Março de 2019.


P/17460 Thiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 07/03/19



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: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000041795-2

Nr. da Autenticação 9330E02AC0903C77

COMPREV
COMPREV IDA E PRESENCIA S/A
01 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Tarifa Social de Energia Elétrica - C
NOTA FISCAL FATURA + COF pela Lei 10.438, de 26/04/02
E ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, PE - CEP 51030-900
CNPJ 10.838.932/0001-08 (Insc. Est. 0007449-92) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDIMITE VENTURA S/AE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TRACULINREM 725

CPF: 104.351.314-00

BOA VISTA (CARUARU)
CHARGA (VOLT) 220V/50-500

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTINUA
0884987016
MÊS/ANO 01/2019
DATA DE VENCIMENTO 30/01/2019
DATA DE FIM DO PERÍODO 20/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 319,51

Nº DA NOTA FISCAL 047885148
SERIE FEE-A
EMISSÃO 23/01/2019
APRESENTAÇÃO 23/01/2019
Nº DO CLIENTE 200615063
Nº DA INSTALAÇÃO 705827

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	301,0000000	0,71979022	216,74
Contrib. Rum. Pólo. a Mont. (R\$)			27,13
ICMS Substit. (R\$) 11% 04403344-23/01/19			2,43
Multiplicador de Atividade 0,70000000-23/01/19			6,78
Atividade 0,70000000-23/01/19			5,98
Atividade 0,70000000-23/01/19			2,05

TOTAL DA FATURA

319,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8291452	LAT	24/12/2018	16.545,00	01/01/2019	16.846,00	30	1,0000		301,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO



DEMONSTRATIVO DE PREÇOS

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	216,74	12,00	26,01
PS	216,74	1,11	2,41
COFINS	216,74	3,00	6,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	QTD	VALOR	%
Geração de Energia	301	216,74	68,18%
Transmissão	301	11,18	3,50%
Distribuição (Cabo)	301	11,18	3,50%
Perdas de Energia	301	11,18	3,50%
Energia Solar	301	11,18	3,50%
Total	301	272,24	100%

COTIZAÇÃO (R\$)

TARIFAS APLICADAS

0,52198000

4477 EF04 71C 88C E AC 1A 16D 72B 0704

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você usando o aplicativo Celpe ou no site www.celpe.com.br. Para mais informações sobre tarifas, serviços e programas de incentivo, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e por fornecer as informações necessárias para a leitura correta. O cliente também deve manter o medidor protegido contra danos físicos e químicos.

As informações gerais da Companhia Celpe estão disponíveis no site www.celpe.com.br. O cliente deve manter o medidor em bom estado e por fornecer as informações necessárias para a leitura correta. O cliente também deve manter o medidor protegido contra danos físicos e químicos.

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Luis Paulo Martins da Silva

RG: 7223290, data de expedição 19/11/2013

Órgão SSP-PE, portador do CPF 077.404.724-78, com

domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua Maria Tereza, nº 06

complemento. Lote 06, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Gleydson Kleber Ventura Rominger

cujo o conduto era Gleydson Kleber Ventura Rominger

Veículo: carro - motocicleta

Modelo: Yamaha - Factor YBR 125

Ano: 2010 - 2011

Placa: PEQ 6334

Chassi: 9CGKE1520B0012265

Data do Acidente: 02-03-2019

Local e data do cartório: Caruaru 25 ABR. 2019



Luis Paulo Martins da Silva
Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU
RUA LUCIANO PIRELLA - CENTRO - CEP 55040-000 - TEL. (81) 3231-8888 - FAX: (81) 3231-8889

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
LUIS PAULO MARTINS DA SILVA
seio Nº 0077073.GIG04201902.03222
dou fé. CARUARU, 25/04/2019 14:10:49 Em test* da verdade.



Mirya Aparecida do Nascimento
Miria Aparecida do Nascimento

Emolumentos R\$3,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 G6 Op. LIE/DJA

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/satodigital



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) **Gleydson Kleber Ventura Domingos**

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, **02/03/2019 a 03/03/2019**

Registro: **334659**

Diagnostico: LAC Grau 2 a Direita.

Tratamento: Conservador.

1.OBS.:Vitima de Acidente de Trânsito.

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO
PACIENTE**

Caruaru 07 de Março de 2019.

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Atendimento: 489474

Prontuário: 334659

Data Nasc.: 11/01/1985

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 400505119337457

Nº: 552

Endereço: RUA TRACUNHAEM

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55038550

Fone: 99463800

Profissão:

Nome da Mãe: EDINEIDE VENTURA GOMES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 02/03/2019 22:54

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queda no chão pelo sono e trauma no membro superior direito. Ferimentos
abertos, lacerações e contusões. Rep. de sangramento / vômitos
quase

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

- ECG, Sinais, Auscult, Captação, glicose 15
- Ex. neurovascular do membro
- Color. cervical. Reflexos. For. dos nervos e pulso

Diag. Provisório:

LAC grau 2

Rx - Braço - AP

Rx - Ombro (D) - AP

Dr. Ronaldo Honorato de S. Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM nº 20.126
SBOT/PEOT 15.309

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1) Típica

2) Tratamento Conservador + Quiroscópio
+ Intervenções de fisioterapia de
ortopedia e traumatologia.

Dr. Ronaldo Honorato de S. Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM nº 20.126
SBOT/PEOT 15.309

Dr. Ronaldo Honorato de S. Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM nº 20.126
SBOT/PEOT 15.309

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 02/03/2019 22:47

	Nome Paciente:	GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	11/01/1985
	Sexo:	Masculino
	Idade:	34
	Senha:	PU0019
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 02/03/2019 22:48 - 02/03/2019 22:51

LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ITIMA DE COLISAO CARRO/MOTO, REFERE USO DE CAPACETE, QUEIXA-SE APENAS DOR EM OMBRO D, NEGA VOMITO, DESMAIO, NEGA TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P. A. DIASTÓLICA: 80.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/03/2019 22:51

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Georgeson Nelson Vitorino Amorim

Prontuário: 374659

Data: 02/03/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

1) LAC grau II > Dinâmica

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ata da 1ª reunião de avaliação de desempenho

Realizada em 02/03/19 às 14h00min

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Conservação

Alta Hospitalar: Data: 03/03/19

Hora: _____

2. + 2. Reunião
4. Reunião

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

C.P.F.: 046.044.374-75

PROTOCOLLO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 7.223.290 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2013

NOME << LUIS PAULO MARTINS DA SILVA >>

ALIAS << JOSE MARTINS DA SILVA >>
<< MARIA JOSE DOS SANTOS NEVES >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 31/03/1990

SOC. ORDEM << CN.61986 L.45-A F.16 CART.1ª ZONA CARUARU-PE 28.05.1990 >>

CNPJ 077.404.774-78

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.788/2013

COMPREV

COMPREV / IDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 JUL 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

CARTÃO DE IDENTIDADE

Luís Paulo Martins da Silva





ECJ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

..Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1378070906

NOTA: ILLUSTRAZIONE DI PAOLO DI CORTI.

Gruppo Neoenergia

Terra Solar da Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02
COMERCIAL 0900 0810120 PRONTUÁRIO 0900 081015
 Atendimento 24 horas todos os dias 0900 081015

Convênio 0900 785 5555
 Agência de Planejamento e Desenvolvimento
 do Estado de Pernambuco - 0800 777 0100

Legado Gráfico da Tabela Periódica
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 Legado Gráfico de Referência - Xerox da Tabela

DATA DE VENCIMENTO
05/11/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 20,15

DAA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
26/10/2018
DATA DA APRESENTAÇÃO
26/10/2018
NÚMERO DA NOTA FISCAL
037208918

CONSUMO

25/09/2016 a 26/10/2016

COMPREV

01 JUL 2019

PROTOCOLLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR (GRAU II) EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220224/19

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

CPF: 046.044.374-75

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: GLEYDSON KLEBER
VENTURA DOMINGOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS : 046.044.374-75

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: 01/07/2019
Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
CPF: 046.044.374-75

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA