

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Genivaldo Alves dos Santos,

RG nº 2836945, data de expedição 21/02/17,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 454.688.264-53, com

domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

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

R: Vinze Um, nº 5,

complemento Para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Geniclebson Mateus, cujo o condutor era

Geniclebson Mateus Bezerra Santos.

para moto ciclota

Veículo: Honda/NXR 150 Bion ES

Modelo: 2012/2012

Ano: PGF 7990

Placa: 9C2KD0550 CR 3087 50

Chassi: 15-04-18

Data do Acidente: Serra Talhada

Local e Data: Serra Talhada



Assinatura do Declarante

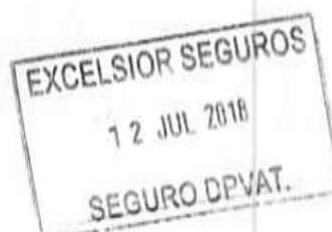
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de GENIVALDO ALVES DOS SANTOS, Dou Fé, Serra Talhada - PE, em nome da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva

Titular: () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,40. FERG - R\$ 0,40. ISS - R\$

Selo: 0074072.TQC06201801.01310 25/06/2018 15:14:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Matô



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

17

Data: 15.04.18 Hora: 07:27
Nome: Genivaldo Soares Matos Bezerra Santos
Nascimento: 18.02.93 Sexo: M Estado Civil: Solteiro
Escolaridade: alfabetado Profissão: Pedreiro
Mãe: Sancha Bezerra Nunes Responsável: Genivaldo Soares
Endereço: R. 21. N. 5
Bairro: São João Município: São João Fone: 9.9949.4852
Cartão SUS: RG/CPF: 9.212.560
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

2mm no punho direito
furo, metacarpa

(R)

Tratamento:

- ① furo axial
- ② Voltar — anel ①
- ③ Dilatar em 5

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstica:

fratura no 2º metacarpo

Carimbo e Assinatura:

Destino do Paciente: Internado ☒ Transferido ☐ Evasão ☐

Removido para o hospital:

Óbito às

hrs do dia

Dr. Alexandre Antonio da Silva
CPF 882.723.544-20
Médico Traumatologista

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ LCR | ☐ |
| ☐ Glicose | ☐ HIV | ☐ |
| ☐ Uréia | ☐ VDRL | ☐ |
| ☐ Creatinina | ☐ CKMB | ☐ |
| ☐ Ionograma | ☐ Troponina | ☐ |
| ☐ Leucograma | ☐ | ☐ |
| ☐ Eritrograma | ☐ | ☐ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação

Horário

Obs:

1 Voltaren 75 1x1
2 Ac do Ponto de vista
LMM 1x1 e 1x1

0730

Noédia P. de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN: 14835 - TEC-P

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Oncologia
CRM-PE 6740

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Sara Talhada-PE

FLISIOR SEGUROS

12/01/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES

2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

116.016.064-35

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

702108768258593

6 - SIS PRE NATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

000019013

9 - NOME DO PACIENTE

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

10 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/1993

11 - SEXO

Masculino

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SANDRA BESERRA NUNES

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 9901-6370

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

RUA 21

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PE 99999-999

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença autoimune MS D, necessitando de tratamento com medicamentos específicos para controle da doença.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados e resultados em anexo.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença autoimune MS D

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5528

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento medicamentoso

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0100000407

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - TRAUMA. MASC.01

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/05/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL MÉDICO

CPF: 030.473.994-41

CRM: 18278

Clínica Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - CIPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAB DA EMPRESA

43 - CBOR

EXCELSIOR SEGUROS

44 - TIPO DE CONTRATO

45 - TIPO DE CONTRATO

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261850500837-6

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MOTIVO DA ALTA:

12

CARACTER DA INTERNAÇÃO:

02

DATA DA INTERNAÇÃO:

07.05.18

DATA DA ALTA:

09.05.18

Dr. Danilo de Almeida Melo
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603
Médico Autorizador
XIGERES

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

GOVERNO DE
Pernambuco

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
23/04/2018 15:11

MÉDICO SOLICITANTE:
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
GENICLEBSON MATEUS BEZERRA SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:
438056

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
18/02/1993

SEXO:
Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
SANDRA BEZERRA NUNES

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
RUA 21, 5, COAHB

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2613909

UF:
PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
FRATURA RÁDIO DISTAL D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA RÁDIO DISTAL D

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ORGÃO EMISSOR:

7876

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
23/04/18 15:11 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
23/04/18 15:11	Em digitação	0h:0m:46s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
23/04/18 15:11	Aguardando Regulacao	0h:0m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao	0h:0m:3s	EDVALDO,FILHO/CENTR AL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO,FILHO solicitação: 438056
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao	0h:0m:1s	EDVALDO,FILHO/CENTR AL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Desassociando profissional regulador
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao		EDVALDO,FILHO/CENTR AL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO,FILHO solicitação: 438056

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.

(81) 999308496

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: CONTELLERSON M. B. SANTOS

AO HOSP. SÃO VICENTE.

Hdx: TROT. RATO DETITADO

① DIETA LÍQUIDA SND

② DIETAS TDO → ⑥ 6/6/55

③ HEMOGRAMA/ COAGULOGRAMA

④ SW + CCEG Solicitado 07-05-2018
Ciente 07/05
Ana

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRMPE 10644 CRM-BA 18120

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 07/05/2018		Nº Registro: 000019013	
Identificação do Paciente: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS		202 - TRAUMA. MASC. 01	
Data Nascimento: 18/02/1993	Idade: 25	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AJUDANTE PEDREIRO	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: GENIVALDO ALVES DOS SANTOS		Mãe: SANDRA BESERRA NUNES	
Endereço: RUA 21		05	
Bairro: COHAB	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 9901-6370
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Suicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>			
<i>Lesões perfurantes MSD de penetração profunda no tórax D, após queda depois de uma queda de MSD</i>			
Diagnóstico Inicial			
<i>TRAT. RATO DISTAL (D)</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final			
<i>TRAT. RATO (D)</i>			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒		
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐		
Piorado ☐	Transferência ☐		
Óbito+48h ☐	Evasão ☐		
Óbito-48h ☐	Indisciplina ☐		
Óbito em: _____			
Hora: _____			

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.

Data do Internamento: 7.5.18
Data da Alta: 9.5.18
Local: _____
Médico Responsável: _____

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Osteoplastia Râmio D

Data:

08/05/18

Início:

Término:

Cirurgião:

Rafael

1º Auxiliar:

Rafael

2º Auxiliar:

Anestesista:

Silvane

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia aséptica ASD.
 Incisão medial, perpendicular
 ao fêmur, Râmio e fixação
 com 02 fios Kirseth-ND, Râmio
 corre, curativo, talco ferida



Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 066.582.003-25

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

Assinatura do Cirurgião

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

16H-02

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REABILITACAO




Genivaldo Alves dos Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.212.560

DATA DE EXPIRACAO 01/06/2017

<< GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS >>

<< GENIVALDO ALVES DOS SANTOS >>

<< SANDRA BESERRA NUNES >>

DATA DE NASCIMENTO 18/02/1993

SERRA TALHADA - PE

<< CN.45558 L.90A F.05V CART SERRA TALHADA-PE 07.01.1994 >>

116 016.064-35

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 29/08/03

R417045329061627037520334

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013729102000
VIA CDD. RENAVAM R.N. TRC EXERCÍCIO
1 488284732 ***** 2018

GENIVALDO ALVES DOS SANTOS

SERRA TALHADA-PE

454.688.264-53 PLACA ANT./UF
*****/R-B 9CZRD0550CR308750 CHASSI
FUGA FGE/990

PAS /MOTOCICLISTA CONJUNTO
ALDO/CASOL

BORDA/RXR156 EROS RS ANO FAB. 2012 FANT.MOD. 2012

2E/149CL CATEGORIA PARTIC CORR. PRETISTA

I IPVA 2018 QUITADO 1º VENC. 00/05/12
V 1 TALUA IPVA 2º *****
A 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 102 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

SERRA TALHADA-PE DATA 30/01/18
Genivaldo Alves dos Santos
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013729102000 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GENIVALDO ALVES DOS SANTOS
RUA VINTE E UM 05 56900-000
CASA COBAB SERRA TALHADA-PE

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

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

VIA 1 454.688.264-53 CDD. RENAVAM
488284732 EXERCÍCIO 2018 DATA DE EMISSÃO 30/01/18
FUGA FGE/990

BORDA/RXR156 EROS RS ANO FAB. 2012 FANT.MOD. 2012

2E/149CL CATEGORIA PARTIC CORR. PRETISTA

I IPVA 2018 QUITADO 1º VENC. 00/05/12
V 1 TALUA IPVA 2º *****
A 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 102 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
DESEJA QUE SE GUARDE O BILHETE DE VAV
RUE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO



DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 27 de Junho de 2018

X Guilherme dos Reis Bessa Santos

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 27 de Junho de 2018

X Guilherme dos Reis Bessa Santos

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321254 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180321254**

Vitima: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321254**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13112547



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Nº Sinistro: 3180321254
Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321254**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180321254

Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180321254**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180409250

Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409250**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13328460



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima 116.016.064-35	Nome completo da vítima Geniclebson Mateus Bezerra Santos
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Geniclebson Mateus Bezerra Santos		CPF titular da conta 116.016.064-35	Profissão
Endereço R. Vinte e um		Número 05	Complemento Casa
Bairro COHAB	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56909-100
Email		Telefone (DDD) (81) 9634-4904	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada de **06** de **2018** 12 JUL 2018
Local e Data

Geniclebson Mateus Bezerra Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXCELSIOR SEGUROS

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. Erros e omissões, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada (ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso).

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

31801321254

CPF da Vítima

116.016.064-35

Nome completo da vítima

Geniêlison Matheus B. Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Geniêlison Matheus B. Santos

CPF titular da conta

116.016.064-35

Profissão

Agricultor

Endereço
Rua Vinte e um

Número

5

Complemento

Casa

Cidade
COHAB

Cidade

Serra Talhada

Estado

PE

CEP

56909-190

Telefone

Telefone (DDD)

(81) 9634-5907

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Brasil

NÚM

001

AGÊNCIA

NÚM

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚM

DV

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NÚM

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚM

DV

(Informar dígito se existir)

0246

1

40.769

0

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Serra Talhada, 23 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura de M. S. Cavalcanti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. Erros e omissões, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada (ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso).

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

31801321254

CPF da Vítima

116.016.064-35

Nome completo da vítima

Geniellison Matheus B. Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Geniellison Matheus B. Santos		CPF titular da conta 116.016.064-35		Profissão Agricultor
Endereço Rua Vinte e um		Número 5	Complemento Casa	
Cidade COHAB	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56909-190	
Telefone (DDD) (81) 9634-5907				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. D/V CONTA NÚM. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NÚM.
 Brasil 001
 AGÊNCIA NÚM. D/V CONTA NÚM. D/V
 0246 1 40.769 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Serra Talhada, 23 de Julho de 2018
 Local e Data

x Geniellison Matheus B. Santos
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267002179

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2018** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/4/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**



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

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA BESERRA NUNES Pai: **GENIVALDO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 087988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

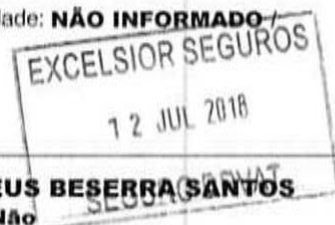
NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGF7990 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **LICENCIADA EM NOME DE GENIVALDO ALVES DOS SANTOS, CPF Nº 454.688.264-53**

Complemento / Observação



COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. GENICLEBSON PARA COMUNICAR O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA. SEGUNDO RELATOU, POR VOLTA DAS 6:30H DA MANHÃ, SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA, DE PROPRIEDADE DE SEU PAI, PELA ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU, QUE DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO QUE SAIU DO MATO E ATREVESSOU AQUELA ESTRADA; QUE TRAFEGAVA ENTRE 60 E 80 KM/H; QUE NÃO TEVE TEMPO HÁBIL DE FREAR O VEÍCULO VINDO A COLIDIR COM O ANIMAL E CAINDO AO CHÃO; QUE A PRÓPRIA VÍTIMA SE DIRIGIU AO HOSPAM; QUE NÃO PASSAVA NINGUÉM PELO LOCAL NO MOMENTO DO ACIDENTE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE FRATUROU O PUNHO DIREITO. APRESENTOU O BOLETIM DE EMERGÊNCIA DP HOSPAM Nº 17, PREENCHIDO PELO MÉDICO DR. EBENONE ANTONIO DA SILVA, CRM Nº 15122. INQUIRIDO SOBRE SUA CNH, INFORMOU NÃO POSSUIR. ESSE REGISTRO VISA ASSEGURAR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

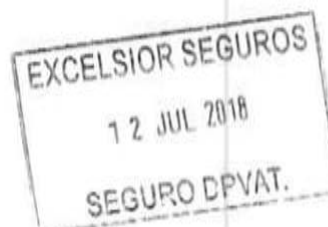
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geniclebson Mateus Beserra Santos
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Bruna Reinaldo do Nascimento Santana* - Matrícula: **3866106**



CONFERE COM
O ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gemileilson Mateus Bezerra Santos

CPF da Vítima

116.016.064-35

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Assinada em 27 de Junho de 2018, 12 JUL 2018

Local e Data



Gemileilson Mateus Bezerra Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Matô



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

17

Data: 15.04.18 Hora: 07.27
Nome: Genivaldo Soares Matos Bezerra Santos
Nascimento: 18.02.93 Sexo: M Estado Civil: Solteiro
Escolaridade: alfabetado Profissão: Pedreiro
Mãe: Sancha Bezerra Nunes Responsável: Genivaldo Soares
Endereço: R. 21. N. 5
Bairro: Cohab Município: São Francisco Fone: 9.9949.4852
Cartão SUS: RG/CPF: 9.212.560
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

2mm no punho direito
fem. mobiliar
(R)

Tratamento:

- ① 1un Axiopon
- ② Voltaren — 1un ①
- ③ Dilatador em 5

Hipótese Diagnóstica:

2 Fr. no punho direito

Carimbo e Assinatura:

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

Destino do Paciente: Internado Transferido Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às

hrs do dia

Dr. Alexandre Antonio da Silva
CPF 882.723.544-20
Médico Traumatologista

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ LCR | ☐ |
| ☐ Glicose | ☐ HIV | ☐ |
| ☐ Uréia | ☐ VDRL | ☐ |
| ☐ Creatinina | ☐ CKMB | ☐ |
| ☐ Ionograma | ☐ Troponina | ☐ |
| ☐ Leucograma | ☐ | ☐ |
| ☐ Eritrograma | ☐ | ☐ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação

Horário

Obs:

1 Voltaren 75 1x1
2 Ac do Punho dupl
LMM 1x1 e 1x1

0730

Noédia P. de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN: 14835 - TEC-P

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Oncologia
CRM-PE 6740

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Sara Talhada-PE

FLISIOR SEGUROS

12.01.2016



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João do Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005543-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SANDRA DE SERRA LINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VINTE E UM S

CNP: 582 581 354-04 NIS: 10553053710

CORRESPONDENTE
SERRA TALHAIA PE
55010-100

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
Grupos Residenciais Comuns
Municipais

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	UNIDADE
010840071	UNICA	27/03/2010

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/03/2010	2000073102	3671775

CONTA CONTRATO	MESANO
1437506015	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
04/04/2018	26/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	143,79

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,2200000	7,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,4004724	28,03
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	120,0000000	0,6007000	72,08
Consumo Ativo superior a 200 kWh	43,0000000	0,6074541	26,70
Continuação de Instalação Póster a			7,00

TOTAL DA FATURA

143,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
1437506015	143	44.400,00	44.713,00	29	1,00000		28,03

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
MAR 18	263
ABR 18	260
MAY 18	219
JUN 18	167
JUL 18	126
AUG 18	124
SET 18	160
OCT 18	167
NOV 18	164
DEZ 18	167
JAN 19	167
FEB 19	160
MAR 19	167
ABR 19	172
MAY 19	217

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R\$)
ICMS	17,50	1,25
PIS	0,82	1,11
COFINS	2,91	5,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição do Consumo	R\$	%
Geração de Energia	28,03	20,14
Transmissão	4,04	2,87
Distribuição (Celpe)	33,18	24,83
Poderes de Fatores	8,90	6,33
Energia Solarizada	5,97	4,30
Tributos	4,77	3,43
Total	143,81	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,2200000
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,4004724
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh: 0,6007000
Consumo Ativo superior a 200 kWh: 0,6074541

RESERVADO AO FISCO

DETO 45H 1054 6220 0750 0017 0727 021F

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta é uma fatura de energia elétrica emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) para o cliente SANDRA DE SERRA LINS, inscrita no CNPJ 10.835.932/0001-08, com endereço em RUA VINTE E UM S, 55010-100, SERRA TALHAIA PE. O valor total a pagar é de R\$ 143,79, devido em 26/04/2018. A fatura foi gerada em 04/04/2018. A CELPE não se responsabiliza por erros de digitação ou por danos decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. A fatura deve ser paga em dinheiro ou por depósito em nome da CELPE, não sendo aceita a cobrança em espécie. A fatura deve ser paga no prazo de 30 dias, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido. A fatura deve ser paga em nome da CELPE, não sendo aceita a cobrança em espécie. A fatura deve ser paga no prazo de 30 dias, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido.

EXCELSIOR SEGURO.

12 JUL 2018

SEGURO CPAT.

TIPO DE TENSÃO	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			NÍVEL DE TENSÃO		
	TIPO DE TENSÃO	VALOR APLICADO	LÍMITE MENSAL	LÍMITE SEMESTRAL	LÍMITE ANUAL	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)
DC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220
AC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220
OMC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220

TIPO DE TENSÃO	VALOR APLICADO	LÍMITE MENSAL	LÍMITE SEMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DC	0,00	0,00	0,00	0,00
AC	0,00	0,00	0,00	0,00
OMC	0,00	0,00	0,00	0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Beniclelson Mateus B. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Beniclelson Mateus B. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: licença e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Francisco Olayo</u>		Número <u>410</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9634-4907</u>

Serra Talhada, 04 de julho de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

