Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190716714 **Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA**

Data do Acidente: 14/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190716714 **Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA**

Data do Acidente: 14/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190716714 **Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA**

Data do Acidente: 14/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000943**
Conta: **0000058164-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 92145424472

4 - Nome completo da vítima: Joseilton Gonçalves de Santana

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Joseilton Gonçalves de Santana

6 - CPF: 92145424472

7 - Profissão: Lavrador

8 - Endereço: R. 15 novembro

9 - Número: 943

10 - Complemento:

11 - Bairro: Nossa Senhora das Graças

12 - Cidade: Gravatá

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55640.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81 99228-5097

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R$1.00 A R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00
☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 58164 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá 18/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

568581
046 5705/19

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. 19E0152003993

SDS / Polícia Civil - PE
12ª DESEC
62ª Circunscrição
GRAVATÁ - PE

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **10:30**

Complementa o BO Número: **19E0152003648**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO** **GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PIPOQUEIRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
NORDESTE IRMÃOSOLIVEIRA LTDA (OUTRO)
JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA

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

JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **RICARDO GONÇALVES DE SATANA** Data de Nascimento: **18/6/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 942 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

NORDESTE IRMÃOSOLIVEIRA LTDA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: . Documentos: **02857222000150 (CNPJ)**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NORDESTE IRMÃOSOLIVEIRA LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH3183** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGH - 3183 NA VIA LOCAL DA BR 232 EM GRAVATA, PROXIMO A PIPOQUEIRA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA CRIANCA CRUZANDO A VIA; QUE AO TENTAR DESVIAR PERDEU O CONTROLE E CAIU. A VITIMA SOFREU FRATURA NA CLAVICULA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAIR TEIXEIRA DA SILVA** - Matrícula: **221559-4**

LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 92145424472

4 - Nome completo da vítima: Joseilton Gonçalves de Santana

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Joseilton Gonçalves de Santana

6 - CPF: 92145424472

7 - Profissão: Lavrador

8 - Endereço: R. 15 novembro

9 - Número: 943

10 - Complemento:

11 - Bairro: Nossa Senhora das Graças

12 - Cidade: Gravatá

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55640.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81 99228-5097

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R$1.00 A R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00
☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 58164 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá 18/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 — Geres

Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V — CNES 2435802 — Vítima Nº

Data do atendimento 14/08/2019 às 2000-01-01 08:09:00 -0200 — Número de Registro/Prontuário 000092328

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado — Data de nascimento 18/06/1974 ☐ 9 Ignorado

Idade 45 ☐ 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
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG
☐ 3 TER ☐ 4 QUA
☐ 5 QUI ☐ 6 SEX
☐ 7 SAB

Tipo de Vítima
☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre
☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente
☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente
☐ 9 Ignorado

Meio de locomoção da vítima no momento do acidente
☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta
☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado
☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro _____

Acidente relacionado ao trabalho?
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Tipo de acidente
☐ 1 Colisão/abalroamento ☐ 9 Ignorado
☐ 2 Atropelamento
☐ 3 Tombamento/capotamento
☐ 8 Outro _____

Outra parte envolvida no acidente
☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta
☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal
☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica
☐ 8 Outro _____

Fatores relacionados ao acidente

Excesso de velocidade
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Uso de sinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Avanço de sinal
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Uso de capacede pela vítima
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Uso de celular pelo condutor
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Uso de bebida alcoólica pelo condutor
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Sono do condutor
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado

Condutor tem habilitação
☐ 1 Sim
☐ 2 Não
☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Outro fator relacionado ao acidente

Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgarte/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado

Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado

Transferência da Vítima
☐ 1 Sim - Para onde? _____
☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

NOTIFICADOR

Responsável pelo preenchimento — Função

Obsevações

Marcelo Edwin Giles Cardoso
Médico
CRM-RO 2108

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO 6-12

SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 14/08/2019
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:09

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:404622
PACIENTE: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
CNS: 89
GENITORA: MARIA DO CARMO DA SILVA
TELEFONE: (81) 9263-7069
DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1974 IDADE: 45
SEXO: Masculino COR: Sem informação
ENDEREÇO:15 DE NOVEMBRO Nº:943
BAIRRO:NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE:GRAVATA UF: PE CEP:
PONTO DE REFERENCIA:
ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

paciente vítima de acidente motociclístico, em queda de moto e outro R

EXAME FÍSICO

Vítima de TR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de outro R

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos Filho
Médico
CRM 25.876

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

(1) Tra 1 ... 5F9, 97, 100 ...

Mª Fabiana P. da Silva
Tec. Enfermagem
COREN-PE 750.994
9:10

Dr. Carlos Fraga
Médico
CRM-PE 23.876

(2) Dipirona

(3) Vol Tam 2g

09:20

(4) Rx 01/10 pedostia (Fraturas Clavicula Ombro)

Maria Josiane Souza Silva
COREN-PE 508.751-TE

CENTRO 76 LEITOS

Regional Araripina

5748 711

(8) Paracetamol 750g/noite (VO)

Marcelo Edwin Siles Cardoso
Médico
CRM-PE 26015 / CRM-RO 2106

ALTA

HORA:	DATA ___/___/___	CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐ TRANFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSAVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000058164-9

Nr. da Autenticação 6806B6491375E6FB

bradesco | 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
GLEYBSON S AMARAL - 84770589468
RUA RIVALDO BALTAR - 56 -
PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155
Sacador/Avalista

0465705/19

celpe neoenergia

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0018343-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELAINE CRISTINA MELO DA SILVA

CPF 062 736 904-95 NIS: 16098127258

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 19 CAEADVENIDA 2 [illegible]

CENTRO GRAVATA
GRAVATA PE
55640-[illegible]

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVENCIONAL
MONIFÁSICO

02/10/2018	[illegible]	29/10/2018	[illegible]
30/10/2018	[illegible]	[illegible]	7187604

4006473343 10/2018
01/11/2018 29/11/2018
43,82

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	[illegible]	5,48
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,3135750	21,95
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,000000	0,4703625	3,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,09
Contribuição Iluminação Pública Municipal			7,74
PRO-CIDADE - (081134) - 0001/0807/071-0000			1,00

TOTAL DA FATURA 43,82

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FOTO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO FATURADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ITEM	MÉDIA CIRCULA	%	VALOR DO IMPOSTO
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Componentes da Tarifa			
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Capital)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Impostos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	[illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Gleyberson Santana do Amaral inscrito (a) no CPF 847705894 - 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joselton Gonçalves de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 921454424 - 72, do sinistro de DPVAT cobertura 2 Invalidez da Vítima Joselton Gonçalves de Santana, inscrito (a) no CPF sob o Nº 921454424 - 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
R: Rivaldo Baltar		56	
Bairro: Prado	Cidade: Gravatá	Estado: PE	CEP: 55642-155
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): 8199228-5097	

Gravatá 12 de Dezembro de 2019
Local e Data

Gleyberson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

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 — Geres

Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V — CNES 2435802 — Vítima Nº

Data do atendimento 14/08/2019 às 2000-01-01 08:09:00 -0200 — Número de Registro/Prontuário 000092328

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado — Data de nascimento 18/06/1974 ☐ 9 Ignorado

Idade 45 ☐ 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
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB

Tipo de Vítima
☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado

Meio de locomoção da vítima no momento do acidente
☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro _____

Acidente relacionado ao trabalho?
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Tipo de acidente
☐ 1 Colisão/abalroamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro _____

Outra parte envolvida no acidente
☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica ☐ 8 Outro _____

Fatores relacionados ao acidente

Excesso de velocidade
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Uso de sinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Avanço de sinal
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Uso de capacede pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Uso de celular pelo condutor
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Uso de bebida alcoólica pelo condutor
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Sono do condutor
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

Condutor tem habilitação
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica

Outro fator relacionado ao acidente

Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela
☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgarte/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado

Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado

Transferência da Vítima
☐ 1 Sim - Para onde? _____ ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

NOTIFICADOR

Responsável pelo preenchimento — Função

Obsevações

Marcelo Edwin Giles Cardoso
Médico
CRM-RO 2106

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

AC 6-12

SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 14/08/2019

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:404622
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:09
PACIENTE: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
CNS: 89
GENITORA: MARIA DO CARMO DA SILVA
TELEFONE: (81) 9263-7069
DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1974 IDADE: 45 SEXO: Masculino COR: Sem informação
ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO Nº:943
BAIRRO:NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE:GRAVATA UF: PE CEP:
PONTO DE REFERENCIA:
ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

paciente vítima de acidente motociclístico, em queda de moto e ombro R

EXAME FÍSICO

Fratura ombro R

EXAMES SOLICITADOS

Rx de ombro R

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos Fabio
Médico
CRM 25.876

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

(1) Tra 100 g
SF 0,9% 100 ml
Dipirona 2g

Mª Fabiana B. da Silva
Tec. Enfermagem
COREN-PE 750.994
9:10

Dr. Carlos Frage
Médico
CRM-PE 26876

(2) Dipirona

(3) Vel Tram 2g

Maria Josiandra Souza Silva
COREN-PE 568.751-TE

09:40

(4) Rx 01/10 pedustra (Fraturas Clavícula Ombro)

Centro de referência no Agreste
76 leitos
5743711

(8) Glicose Tramol 750g/noite (1/0)

Marcelo Edwin Siles Cardoso
Médico
CRM-PE 26015 / CRM-RO 2106

ALTA

HORA:	DATA ___/___/___	CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐ TRANFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSAVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 14/08/2019 17:54

Atendimento: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02
RODRIGUES
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700001423646104

Paciente: 1624309 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
Nascimento: 18/06/1974 (45 Anos e 1 Mês)
Endereco: RUA CLAUDIO COUTINHO
Bairro: AREA VERDE C.E.P.: 55640-715
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: RICARDO GONCALVES DE SANTANA
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 92145442472
Identidade: 4823099 - SDS - PE
Telefone: / 91398884
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)
PLANTAO ORTOPEDIA- URGENCIA
Queixa do paciente.
H D 1 - FRACTURA DE CLAVICULA E

PLANTÃO 49F (04/08/19)

Dr. Nisan Baía
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240
14 08 19

Dr. Nisan Baía
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240
21 08 19

Fazer R.X da Clavícula E

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 21/08/2019 09:40

Atendimento: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Saida: 14/08/2019 Hora: 11:18
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700001423646104

Paciente: 1624309 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
Nascimento: 18/06/1974 (45 Anos e 2 Meses)
Endereco: RUA CLAUDIO COUTINHO
Bairro: AREA VERDE C.E.P.: 55640-715
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: RICARDO GONCALVES DE SANTANA
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 92145442472
Identidade: 4823099 - SDS - PE
Telefone: / 91398884
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 14/08/2019 - 18:00 ----------

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. LEONARDO SILVEIRA CRM 16118)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 14/08/2019
DATA DA ALTA: 14/08/2019

HD: **FRATURA CLAVICULA**

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:
EGB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogisticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 14/08/2019 - 17:50 ----------

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)
PLANTAO ORTOPEDIA- URGENCIA
Queixa do paciente:
H D 1 - FRATURA DA CLAVICULA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 12 HORAS SEM TCE SEM DESMAIOS HEMOD ESTAVEL ISOCO-EUPN-ACIAN-CONSC
CABEÇA-COLUNA-ABDOME-MMII = SEM QUEIXAS
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA CLAVICULA ESQ TORAX ESTAVEL = SEM CREPT OSSEAS NO GRADIL
ABDOME = DEPRESS, S/IRRIT PERITON
DEAMB SO PULOS+ NV+ PERF+

OSPITAL ARMINDO MOURA

EP - Prontuário Eletronico do Paciente **Emissão: 14/08/2019 17:54**

---

ndimento:	321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02	Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA	
DRIGUES			
no:	SUS ESTADO - URGENCIA	Matrícula:	
sponsavel:		Identidade:	
dico Resp:	NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR	C.N.S.:	700001423646104

---

ciente:	1624309 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA	Sexo:	MASCULINO Cor: PARDA
scimento:	18/06/1974 (45 Anos e 1 Mês)	Estado Civil:	SOLTEIRO
dereco:	RUA CLAUDIO COUTINHO	C.P.F.:	92145442472
irro:	AREA VERDE C.E.P.: 55640-715	Identidade:	4823099 - SDS - PE
dade:	2606408 GRAVATA	Telefone:	/ 91398884
i:	RICARDO GONCALVES DE SANTANA	G.Instrução:	
ãe:	MARIA DO SOCORRO DA SILVA	Ocupação:	AGRICULTOR
acionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	GRAVATA

RTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

[redacted]

/ALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)
ANTAO ORTOPEDIA- URGENCIA
queixa do paciente.
D 1 - FRACTURA DA CLAVICULA ESQ

PLANTÃO 49F (01/09/19)

Dr. Nisan Baía
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240

Dr. Nisan Baía
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240

140819

210819
Fazer RX da Clavícula E

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

RETORNO AMBULATORIAL

Contato: 81 3535.2013

Dr.(a) Nisan

Data 04/09/19 às 8 h.

Nome do Paciente: Joseilton Gonçalves

Obs.:

HMAA/01

HMAM
FAZ PARTE DA SUA VIDA

RECEITUÁRIO

Nome: Joseilton Gonçalves

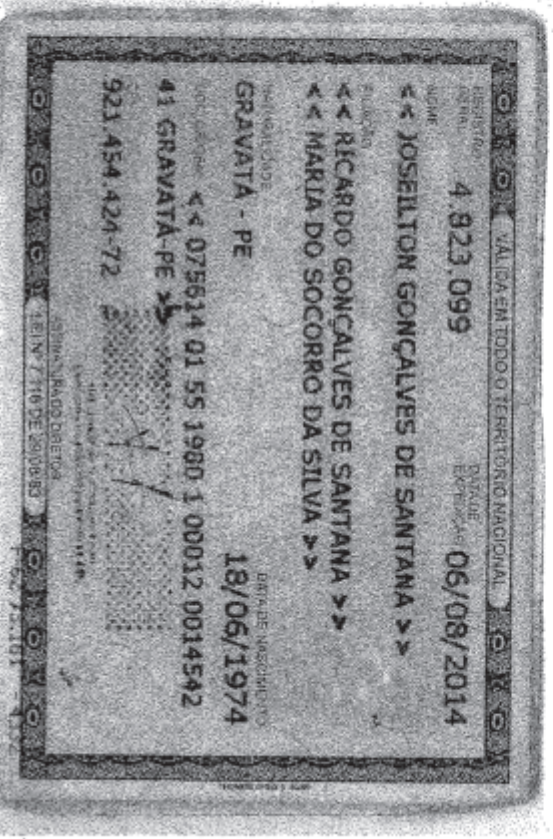
R/

Uso oral:

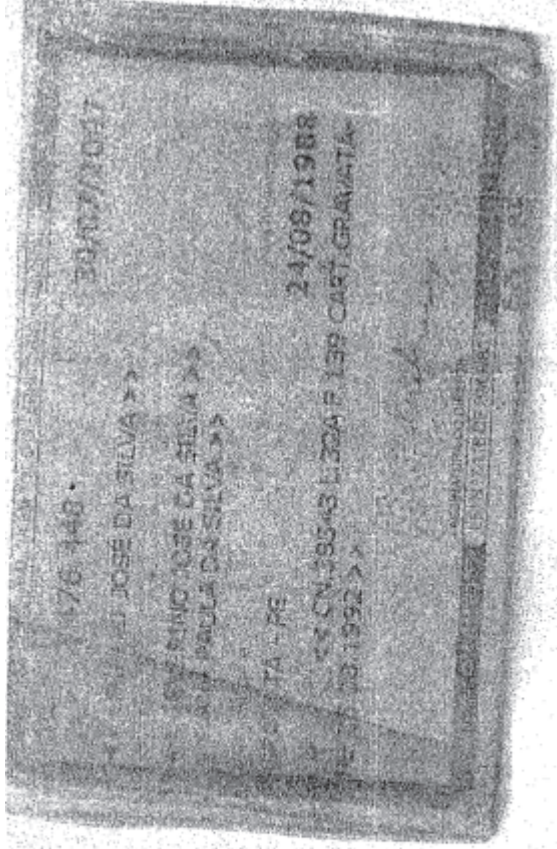
1. **VOLTAREM RETARD 100 mg** _____ **01 Cx**

TOMAR 01 COMP 12/12 HORAS POR 3 - 4 DIAS.
APÓS AS REFEIÇOES

Dr. Nisan Baia
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240 2019


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.823.099
06/08/2014
<< JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA >>
<< RICARDO GONÇALVES DE SANTANA >>
<< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >>
GRAVATÁ - PE
18/06/1974
<< 075614 01 55 1980 1 00012 0014542
41 GRAVATÁ-PE >>
921.454.424-72


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
Joseilton Gonçalves de Santana



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL

HMAM05

Nome do paciente: Joseilton Gonçalves de Santana

H.D.(1): fratura consolidada de clavícula E

- [ ] Reumatologia
- [ ] Posto de Saúde
- [ ] Ortopedia - Grupo do(a) (20 SESSÕES)
- [x] Fisioterapia OMBRO E
- [ ] Outros

CID 10 : (S42)

Moreno, _____ de 20____

Dr. Nisan Bata
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240

2019

RX TORAX =FRAT DO 1/3 MED CLAVICULA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	ASSEPSIA +ANTISSEPSIA DO TORAX-OMBRO EE	
02 -	BLOQ ANEST LOCO-REGIONAL	
03 -	REDUÇ INCRUENTA DE FRATURA	
04 -	IMOBILIZAÇÃO COM TIPO EM OITO	
05 -	RX CONTROLE = REDUÇÃO SATISFATORIA	

ALTA MEDICA - MELHORADO
ACOMPP///

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

RETORNO AMBULATORIAL

Contato: 81 3535.2013

Dr.(a) Nisan

Data 04/09/19 às 8 h.

Nome do Paciente: Joseilton Gonçalves

Obs.:

HMAA/01

HMAM
FAZ PARTE DA SUA VIDA

RECEITUÁRIO

Nome: Joseilton Gonçalves

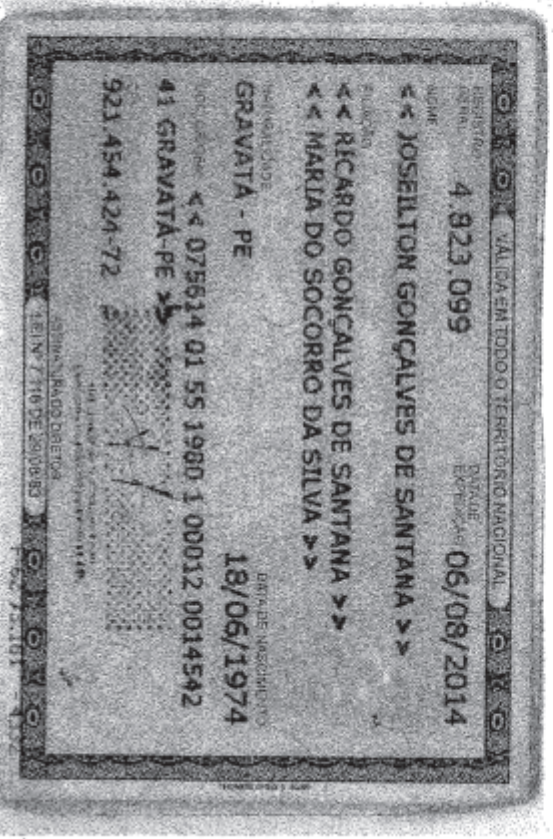
R/

Uso oral:

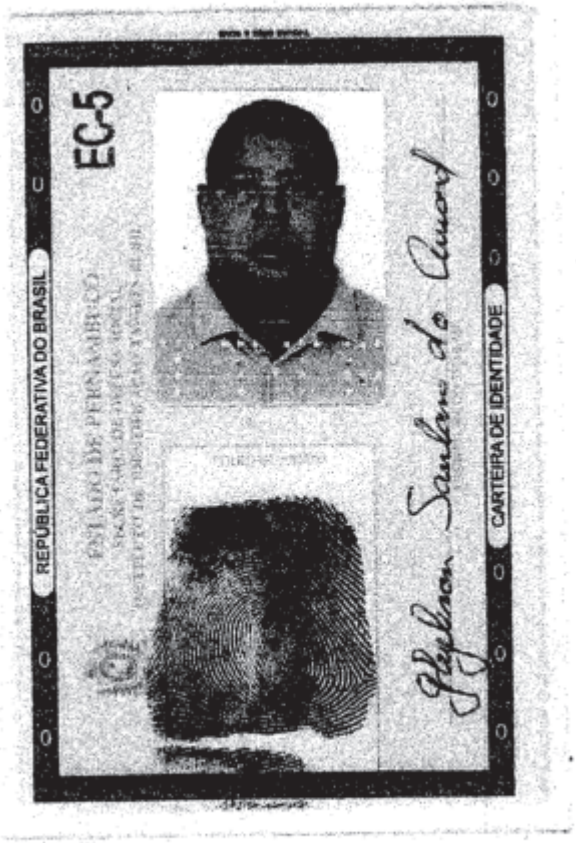
1. **VOLTAREM RETARD 100 mg** _____ **01 Cx**

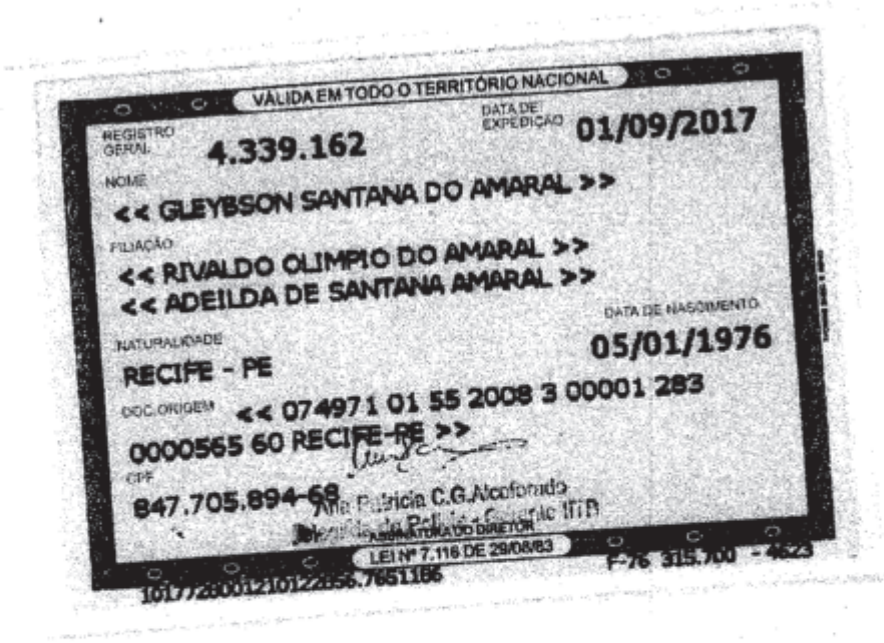
TOMAR 01 COMP 12/12 HORAS POR 3 - 4 DIAS.
APÓS AS REFEIÇOES

Dr. Nisan Baia
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia
CRM 13.240 2019


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.823.099
06/08/2014
<< JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA >>
<< RICARDO GONÇALVES DE SANTANA >>
<< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >>
GRAVATÁ - PE
18/06/1974
<< 075614 01 55 1980 1 00012 0014542
41 GRAVATÁ-PE >>
921.454.424-72


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
Joseilton Gonçalves de Santana





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME
<< GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO
<< RIVALDO OLIMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DOC. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283
0000565 60 RECIFE-PE >>

CPF 847.705.894-68

Ana Patricia C.G.Alcoforado
Delegada de Polícia Civil Classe III D
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-76 315.700 - 4623

1017728001210122856.7651186

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 01435612354 5
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	INTRO	EXERCÍCIO
1	51645829 9	**********	2019

NOME
NORDESTE IRMAOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
02.857.222/0001-50	PGH3183

PLACA ANT/UF	CHASSI
**********	9C2KC1650DR304070

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2012	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019	QUITADO	1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	19/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL	DATA
GRAVATA-PE	14/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontenele
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01435612354 5 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NORDESTE IRMAOS OLIVEIRA LTDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorailider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	14/03/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02.857.222/0001-50	PGH3183

RENAVAM	MARCA / MODELO
51645829 9	HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB	CAT TAR	Nº CHASSI
2012	09	9C2KC1650DR304070

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DETRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	SOMA (R$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
E.R. NAVIGATION INCIDER OBRIGATÓRIO

DU-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716714 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.5_CIRURGIA

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 médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465705/19

Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Data do acidente: 14/08/2019

CPF: 921.454.424-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA : 921.454.424-72

Autorização de pagamento

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/12/2019	Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 847.705.894-68	CPF: 114.202.964-69
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE 14/08/2019 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
RG 4.823.099 SDS/ PE
CPF:921.454.424-72
Estado Civil: SOLTEIRO. Profissão:VIGILANTE
Endereço: RUA: 15 NOVEMBRO N.943 bairro: NOSSA SENHORA DAS GRACAS
GRAVATÁ/PE CEP:55640-000 , 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 perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

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

2º OFÍCIO GRAVATÁ

Joseilton Goncalves de Santana
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravatá PE, 06 , Dezembro , 2019
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATÁ/PE
CNS: 11.201-9 Marcelo Duarte Machado - Tabelião
Priscila Duarte do Nascimento Silva - Suely Augusto Silva Chaves - Substituta
R. Joaquim Nabuco, 6-76 - Centro - Gravatá/PE - CEP: 55640-000 - Fone/fax: (81) 3511-1125 - cartorioduarte@gmail.com
06/12/2019 16:27:2
Reconheço a firma por autenticidade de: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA, por fé da verdade.
Em testemunho da verdade.
Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelia Substituta
Selo: 0073643.AEE11201901.04038
Custas R$ 3,60 TSNR R$ 0,92 Total R$ 4,51
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Cartório do 2º Ofício
Gravatá Pernambuco
Suely Augusto Silva Chaves
Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465705/19

Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Data do acidente: 14/08/2019

CPF: 921.454.424-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA : 921.454.424-72

Autorização de pagamento

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/12/2019	Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 847.705.894-68	CPF: 114.202.964-69
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465705/19

Número do Sinistro: 3190716714

Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Data do acidente: 14/08/2019

CPF: 921.454.424-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA : 921.454.424-72

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 16/01/2020	Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 847.705.894-68	CPF: 114.202.964-69
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL	JULIANA BEZERRA DE LUNA