



Número: **0054520-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69716 306	19/10/2020 14:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Pág. 0011500110 - Carta_C3 - INVALIDEZ

00060056



Carta nº 15256404





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, no telefone 4020 1696 (Região Metropolitana) 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, 25 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, contados 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

Cartão nº 15293945





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, no telefone 4020 1636 (Região Metropolitana) 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:	RS 0,00
Juros:	RS 0,00
Total creditado:	RS 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 = **RS 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





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:

92145442472

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

5 - Nome completo:

Joseilton Gonçalves de Santana

7 - Profissão:

Peçura R. 15 novembro

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Nova Senhora das Graças

12 - Cidade:

Gravata

9 - Número:

943

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55640-000

16 - Tel. (DDD):

8199228-5097

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 POU-PAÇA (somente para os bancos abaixo. Assinar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (361)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

58164

9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no civil)



Divorçado



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(s) menor(es)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 295 do Código Penal.

34

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Gravata 18/12/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

PARA

568581
046 5705/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152003993**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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO**
GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PIPOQUEIRA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA (OUTRO)
 JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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 SANTANA** Data de Nascimento: **18/6/1974** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA QUINZE DE NOVENBRO, 942 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA - Ramo de Atividade: **NÃO 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA 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: **PCH3183 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

5/2019/VisualizaBO.do?idUn=152&idOc=8036208&nroBO=19E0152003993&tipo=simples&naPrincipal=ACIDENTE DE TR... 1/2

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





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:

92145442472

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

5 - Nome completo:

Joseilton Gonçalves de Santana

7 - Profissão:

Peçura R. 15 novembro

8 - Endereço:

9 - Número:

943

11 - Bairro:

Nova Senhora das Graças, Gravata

12 - Cidade:

13 - Estado:

PE

15 - E-mail:

16 - CEP:

55640-000

18 - Tel. (DDD):

8199228-5097

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 POU-PAÇA (somente para os bancos abaixo. Assinar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (361)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

58164

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou civil)



Divorçado



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(s) menor(es)?



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 295 do Código Penal.

34

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Gravata 18/12/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

PARA



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 Gravata - PE		Geres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima N°	
	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 18/08/1974 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 45 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravata - PE		Código IBGE 260640	
	Raca/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/atropelamento ☐ 6 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 ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 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		Condições de vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado	
	Transferência da vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado			
	NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função
Observações				

Marcelo Edwin Sales 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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 404622

PACIENTE: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

GENITORA: MARIA DO CARMO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1974

IDADE: 45

ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS

CIDADE: GRAVATA

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 14/06/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:09

CNS: 89

TELEFONE: (81) 9263-7069

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 943

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

paciente vítima de acidente
motorístico, com fratura
de perna e braço R

EXAME FÍSICO

valores normais

EXAMES SOLICITADOS

1x de urina R

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos F. M.
Médico
CRM 25.670



RESOLUÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

① Tra e 100
98,97. 100
recidiva
9:10

Dr. ANTÔNIO P. DE
Melo
CRM 20.276

② Diapirar (Pur)

③ Vol. 1000 cc (Pur)
09:40

Marcelo P. S. S. Cardoso
CRM 20.276

④ Ao 01/10 pedu 57 (Fígado
Cervical
Orgão)

Contar 76
Lentes
57 43 7-11

Marcelo P. S. S. Cardoso
Médico
CRM 20.276 / CRM 20.276

⑤ Surto 1 7:30 / no 10
ALTA

HORA:	DATA	CURADO ☐	MELHORADO ☐	A PEDIDO ☐
		TRANSFERIDO ☐	ADMINISTRATIVO ☐	ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / 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





| 237-2 | 2379415009 91510.607586 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSSON S AMARAL - 84770589408

RUA RIVALDO BALTAR - 55 -

PRADO - GRAMATA - PE CEP 55642156

Secador/Analista

Nome do pagador	CPF/CNPJ	Endereço	Cidade	UF	CEP
GLEYSSON S AMARAL	84770589408	RUA RIVALDO BALTAR - 55 -	PRADO	PE	55642156
Secador/Analista					

Assinatura eletrônica do pagador: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do analista: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do gerente: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do supervisor: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do chefe de seção: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do diretor: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do presidente: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de administração: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho fiscal: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de controle: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de ética: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de meio ambiente: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de segurança: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de saúde: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de tecnologia: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de inovação: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de sustentabilidade: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de governança: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de transparência: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de responsabilidade social: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de diversidade: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de inclusão: [Assinatura]

Assinatura eletrônica do conselho de acessibilidade: [Assinatura]



7 celos

CALL 1-800-234-2222

[illegible]

4-10-10
BY RECD: 10/10/10
DATE: 10/10/10
TIME: 10:10

CPA 78-9 =
Subj. - No

43711761

7-394
1/1/01a

NAME	DATE	TIME	LOCATION	REMARKS
John Doe	10/10/2010	10:00 AM	Room 101	Check in
Jane Smith	10/10/2010	10:05 AM	Room 101	Check in
Bob Johnson	10/10/2010	10:10 AM	Room 101	Check in
...	...	...	...	...

[illegible][illegible]

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847705894, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulton Gomealves de Santana inscrito
(a) no CPF sob o Nº 921454424, 72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima
Paulton Gomealves 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 <u>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Cravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>8199228-5097</u>

Cravata 12 de Dezembro de 2019
Local e Data

Gleyson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante





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

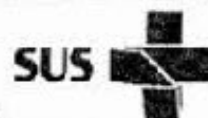
DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: Gravata - PE		Gerar	
	Unidade Sentinela: Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da V		CNES: 2435802	Vítima Nº
	Data do atendimento: 14/08/2019 às 2000-01-01 08:09:00 -0200		Número de Registro/Prontuário: 000092328	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA			
	Sexo: ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento: 18/08/1974 ☐ 9 Ignorado	
	Idade: 45 ☐ 9 Ignorado		Ocupação: ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência: Gravata - 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			
	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	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente: ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/espalhamento ☐ 8 Outro	
	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			
	Outra parte envolvida no acidente: ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica ☐ 8 Outro			
	Fatores relacionados ao acidente:			
	Excesso de velocidade: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 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	
	Avanço de sinal: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Sono do condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 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 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela: ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da vítima: ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

Marcelo Edmar Gomes 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



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

GENITORA: MARIA DO CARMO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1974

IDADE: 45

ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS

PONTO DE REFERENCIA:

CNS:

89

TELEFONE: (81) 9263-7069

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 943

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Paciente vítima de acidente
motorístico, com fratura
de braço e perna R

EXAME FÍSICO

Exame físico R

EXAMES SOLICITADOS

Rx de braço R

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos F. Mello
Médico
CRM 25.670



① No. 100
949, 97. 100
received
TAC. E. 1000000
FOREN. PE 100.004
9:10

Dr. Carlos Fraga
M.D.
202-239-976

(2) ~~Diagnosis~~ Test

Vol 1 Page 25 (P)

(4) no 0110 pedo 574 (Fakurs
Clavical
Orgels)

Center of Gravity 5'7 1/2"

777 48 7.5

Marcelo E. M. Siles-Cordoso

(8) Shirata Tama 7.90 g/row (10)
ALTA

HORA:	DATA	ALTA		
	____/____/____	CURADO ☐	MELHORADO ☐	A PEDIDO ☐
		TRANSFERIDO ☐	ADMINISTRATIVO ☐	ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 14/08/2019 17:54

Atendimento: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02

RODRIGUES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

Plano: SUS ESTADO - URGENCIA

Responsável:

Matrícula:

Médico Resp: NISAN BATA DA ROCHA JUNIOR

Identidade:

C.N.S.: 700001423346104

Paciente: 1824099 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Nascimento: 18/06/1974 (45 Anos e 1 Mês)

Endereço: RUA CLAUDIO COUTINHO

Bairro: AREA VERDE C.E.P.: 55840-715

Cidade: 2806400 GRAVATA

País: RICARDO GONCALVES DE SANTANA

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Sexo:

MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil:

SOLTEIRO

C.P.F.:

92145442472

Identidade:

4823099 - SDS - PE

Telefone:

7 91358884

G. Instrução:

AGRICULTOR

Ocupação:

GRAVATA

Naturalidade:

GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AValiação: (Dr. NISAN BATA DA ROCHA JUNIOR - CRM 13240)

PLANTÃO ORTOPEdia - URGENCIA

Outra do paciente:

HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

PLANTÃO 49F (04/08/19)

Dr. Nisan Bata

Acupuntura Médica

Cirurgia da Mão - Ortopedia

CRM 13.240

Dr. Nisan Bata

Acupuntura Médica

Cirurgia da Mão - Ortopedia

CRM 13.240

21/08/19

Fazer R.X da Clavícula E

14/08/19



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 21/08/2019 09:40

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

Saída: 14/08/2019 Hora: 11:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700001423645104

Paciente: 1824308 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
Nascimento: 18/06/1974 (45 Anos e 2 Meses)
Endereço: 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 CIRÚRGICA (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 pós-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 14/08/2019 - 17:50

AValiação (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

PLANTÃO ORTOPEDIA- URGENCIA

Queixa do paciente:

101 - FRATURA DA CLAVICULA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 12 HORAS SEM TCE SEM DESMAIOS NEM COM ESTAVEL ISOCO-EUPNEICO-ACIAN-CONS

ABECA-COLUNA-ABDOM-MMH- SEM QUEIXAS

IOR+ EDEMA+ DEFORMIDADE NA CLAVICULA ESQ TORAX ESTAVEL- SEM CREPT OSSEAS NO GRADIL

ABDOM- DEPRESS, SINTHT PERITON

EXAMES SO FULOS+ NV+ PERF+

Hospital Memorial Arminho Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Aracaju-PE



Indicador: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

IDRIGUES

Indicador: SUS ESTADO - URGENCIA

Matrícula:

Sponsavel:

Identidade:

Indicador Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

C.N.S.:

700001423646104

Paciente: 1624509 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Idade: 18/06/1974 (45 Anos e 1 Mês)

Estado Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA CLAUDIO COUTINHO

C.P.F.: 92145442472

Cidade: AREA VERDE C.E.P. 55040-715

Identidade: 4823099 - SDS - PE

Telefone: 2006408 GRAVATA

Telefone: / 91398884

Nome: RICARDO GONCALVES DE SANTANA

Educação:

Nome: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Ocupação: AGRICULTOR

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

ALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

ANTAG ORTOPEDIA - URGENCIA

Relato do paciente:

D1 - FRATURA DO OMBRO ESQ

PLANTÃO 49F (04/08/19)

Dr. Nisan Baia

Acupuntura Médica

Cirurgia da Mão - Ortopedia

CRM 13.240

Dr. Nisan Baia

Acupuntura Médica

Cirurgia da Mão - Ortopedia

CRM 13.240

21/08/19

Fazer RX da Clavícula E

140819





HMAM
PAZ 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 REFEIÇÕES

Dr. Nisan Bata
Acupuntura Médica
Cirurgia da Mão - Ortopedia

CRM 13.250 2019

[Assinatura]

RETORNO
AMBULATORIAL

Contato: 81 3535.2013

Armando Moura
HOSPITAL DEBES

Dr. (a) Moura

Data 04.09.19 às 8 h.

Nome do Paciente: Joseilton Gonçalves

Obs.: _____





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

**ENCAMINHAMENTO
AMBULATORIAL**

Nome do paciente:

Josilton Gonçalves
de Santana

H.D.(1):

fratura consolidada de

☐ Reumatologia

☐ Posto de Saúde

☐ Ortopedia - Grupo do(a)

☒ Fisioterapia

☐ Outros

Clavícula E

(20 SESSÕES)

OMBRO E

CID 10: S42.1

Moreno,

Dr. Nisan Bala
Acupuntura Médica
Cirurgião de Mão - Ortopedia
CRM 13.240

de 20

2019

HUA 0015

Campo, S/N - Alto da Maternidade 54800-000 - Moreno - PE - RI 3535-2013



RX TORAX + FRAT DO 1/3 MED CLAVICULA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checkagem
01 -	ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO TORAX-OMERO EE	
02 -	BLOQUEIO VEST LOCO-REGIONAL	
03 -	REDUÇ INCRUENTA DE FRATURA	
04 -	IMOBILIZAÇÃO COM TIPO EM OITO	
05 -	RX CONTROLE = REDUÇÃO SATISFATORIA	

ALTA MEDICA - MELHORADO
ACOMPMP///





HMAM
PAZ 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 REFEIÇÕES

Dr. Nisan Bata
Acupuntura Médica
Cirurgião da Mão - Ortopedista

CRM 13.250 2019

[Assinatura]

**RETORNO
AMBULATORIAL**

Contato: 81 3535.2013

Armando Moura
HOSPITAL DEBES

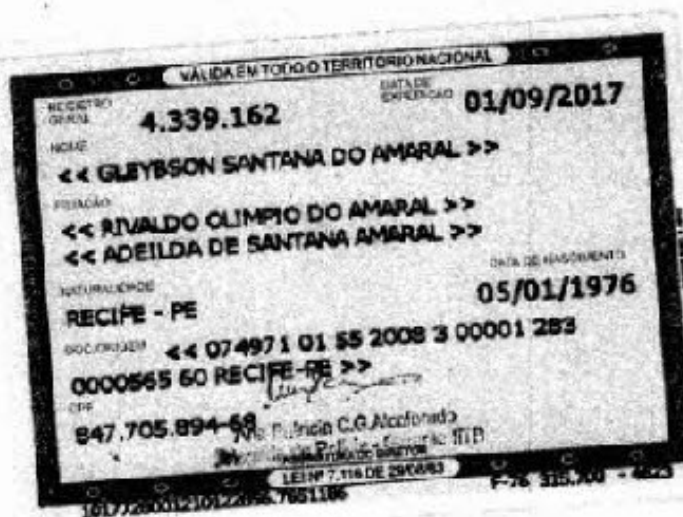
Dr. (a) Nisan

Data 04.09.19 às 8 h.

Nome do Paciente: Joseilton Gonçalves

Obs.:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 014356123545
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 000 PERM. 1 31645323001-50 2013 EXERCÍCIO 2013

NORDESTE IMAÇOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

02.987.222/0001-50 PIS/CA FGH2193

PLACA/VINYL ***** 9C2K01630DR304070

ESPÉCIE: 031 MOTOCICLONETA COMBUSTÍVEL ELCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FMS: 2012 ANO MEC: 2013

CLP/POT/CIL: 16458299 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

1 DOTA ÚNICA 19VA 2019 QUITADO VENC./COTAS: 00000000

2 DOTA ÚNICA 19VA 2019 QUITADO VENC./COTAS: 00000000

3 DOTA ÚNICA 19VA 2019 QUITADO VENC./COTAS: 00000000

PREVISTO (R\$) 0.11 R\$ (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 04.58 DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

GRAVATA-PE 19/02/19

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

PE Nº 014356123545 BILHETE DE CANCELAMENTO
NORDESTE IMAÇOS OLIVEIRA LTDA

ESTÁ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800-709030
AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

WWW.SGDPVAT.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1304

GRAVATA-PE

2018 14/02/19

02.987.222/0001-50 FGH2193

16458299 HONDA/CG 150 TITAN ESD

012 09 9C2K01630DR304070

PRÊMIO TANTARCO

FMS (R\$) 26.95 DENTRA (R\$) 4.02 COTA ÚNICA (R\$) 40.96

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.12 R\$ (R\$) 0.32 R\$ (R\$) 04.58

DATA ÚNICA 19/02/19

SEGURODORA LIDER - DPVAT

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716714 **Cidade:** Gravata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 11/08/2019 **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 seqüela

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.S. CIRURGIA

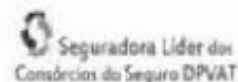
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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\$ 1.587,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI -0465705/19
Vítima: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
CPF: 921.454.424-72
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/08/2019
Titular do CPF: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

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

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
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

GRAVATA/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.

JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata R. 06. Dezembro, 2019.
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI 40465705/19
Vítima: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA
CPF: 921.454.424-72
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
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 GONÇALVES 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

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465705/19

Número do Sinistro: 3190716714

Vítima: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA

CPF: 921.454.424-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

Titular do CPF: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA : 9 21.454.424-72

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

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

