
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588634

Vítima: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588634

Vítima: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 00000654-9

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

901567574-00

4 - Nome completo da vítima:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

6 - CPF:

901567574-00

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV. Dois

9 - Número:

905

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DOM JESUS

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56900-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(79) 9998-1477

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:

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\$1.000,00 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:

914

CONTA:

654

9

☐ CONTA-CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se válido)

(Informar o dígito se válido)

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, a presente a eficácia do crédito, quitando o 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 não há impedimento para a apresentação de laudo médico (IML) para fins de avaliação médica e consequente 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

☒ 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Separado judicialmente

☐ Outros

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Se vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se 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 (se houver)?

☐ 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 nesta 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.

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 28/08/2019
Bartolomeu Alves dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

03 SET 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASB:

3 - CPF da vítima:

901567574-00

4 - Nome completo da vítima:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBR Nº 443/2012

5 - Nome completo:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

6 - CPF:

901567574-00

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV. Dois

9 - Número:

405

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DOM JESUS

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56900-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(79) 9998-1477

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.500,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 A 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. Analise uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

914

CONTA:

654

9

☐ CONTA-CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

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, a ciência após a efetivação do crédito, quitando 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 não houve exame médico pelo Instituto Médico Legal (IML) para fins de comprovação de invalidez permanente.

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

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

☐ O IML que atenda a região do acidente ou de 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, consoante, 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a)

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim ☐ Não

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

27 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

29 - Vítima deixou

nascituro (além de falecido)?

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou

testamento?

☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima deixou

pais/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 inverdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 28/08/2019
Bartolomeu Alves dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS/001 V002/2019

03 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588634 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 4,5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002962**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/08/2019** às **14:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/7/2019** às **10:04**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DEPUTADO AFRANIO RIBEIRO DE GODOY, 1** - Bairro: **CENTRO**
- **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

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

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DOLORES DOS SANTOS Pai: **ANTONIO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/9/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5218910/SSP/PE (RG), 90156757400 (CPF), 03899616643 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 96223943**

Residencial: **TRAVESSA DOIS, PROXIMO AO ANTONIO TIMOTEO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFB5781** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **413022650** Chassi: **9C2KC1670CR473653**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **O CRLV ESTÁ EM NOME DE JODIBE LOCADORA DE BENS, LTDA**

Complemento / Observação

03 SET 2019

COMPARECEU A ESTA DEPOL, BARTOLOMEU ALVES DOSSANTOS, COMUNICANDO QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA DEPUTADO AFRANIO RIBEIRO DE GODOY, QUANDO TENTANDO UMA

ULTRAPASSAGEM, NÃO DEU PARA FAZER A MANOBRA E AO RETORNAR PARA SUA FAIXA, DERRAPOU E CAIU, FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM PELO CORPO DE BOMBEIROS.

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

Bartolomeu Alves dos Santos

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **IVANETE LOPES DA SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**



03 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESECBOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002962**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/08/2019** às **14:47****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **10/7/2019** às **10:04**Fato ocorrido no endereço: **RUA DEPUTADO AFRANIO RIBEIRO DE GODOY, 1** - Bairro: **CENTRO**
- **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BARTOLOMEU
ALVES DOS SANTOS

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

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DOLORES DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/9/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5218910/SSP/PE (RG), 90156757400 (CPF), 03899616643 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 96223943**Residencial: **TRAVESSA DOIS, PROXIMO AO ANTONIO TIMOTEO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL****NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFB5781** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **413022650** Chassi: **9C2KC1670CR473653**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **O CRLV ESTÁ EM NOME DE JODIBE LOCADORA DE BENS, LTDA**

Complemento / Observação

03 SET 2019

COMPARECEU A ESTA DEPOL, BARTOLOMEU ALVES DOSSANTOS, COMUNICANDO QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA DEPUTADO AFRANIO RIBEIRO DE GODOY, QUANDO TENTANDO UMA

ULTRAPASSAGEM, NÃO DEU PARA FAZER A MANOBRA E AO RETORNAR PARA SUA FAIXA, DERRAPOU E CAÍU, FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM PELO CORPO DE BOMBEIROS.

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

Bartolomeu Alves dos Santos

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **IVANETE LOPES DA SILVA MAT. 220.890-3 - Matrícula: 220890-3**



03 SET 2019



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 ASI:

3 - CPF da vítima:

901567574-00

4 - Nome completo da vítima:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

6 - CPF:

901567574-00

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV. Dois

9 - Número:

905

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DOM JESUS

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56900-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(79) 9998-1477

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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\$1.000,00 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:

914

CONTA:

654

9

☐ CONTA-CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se válido)

(Informar o dígito se válido)

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, a presente a eficácia do crédito, quitando o 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 não há impedimento para a apresentação de laudo médico (IML) para fins de avaliação médica e consequente indenização.

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

☐ O IML que atenda 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Outros

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

27 - Se 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 (se houver)?

☐ 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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 28/08/2019
Bartolomeu Alves dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

03 SET 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASB:

3 - CPF da vítima:

901567.574-00

4 - Nome completo da vítima:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBR Nº 443/2012

5 - Nome completo:

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

6 - CPF:

901567.574-00

9 - Número:

405

10 - Complemento:

CASA

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

TV. DOIS

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56900-000

11 - Bairro:

DOM JESUS

15 - Tel. (DDD):

(79) 9998-1477

15 - E-mail:

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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. Analise uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 654

9

☐ CONTA-CORRENTE (todas as bancas)

Número do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

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, a ciência e a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro sob as penas da lei, que não há IML que atenda a seguinte condição:

☒ Não há IML que atenda a seguinte condição: acidente ou de minha residência; ou

☐ O IML que atenda a seguinte condição: acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a seguinte condição: acidente ou de 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, consoante, 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado:

☐ Solteiro

☐ Casado(a)

☐ Viúvo(a)

☐ Separado(a)

☐ Outros

☐ Não sabe

☐ Não se aplica

☐ Não sabe

☐ Não sabe

☐ Não sabe

☐ Não sabe

☐ Não sabe

☐ Não sabe

☐ Não sabe

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim

☐ Não

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

26 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

28 - Vítima deixou nascituro (além disso)?

☐ Sim

☐ Não

29 - Vítima deixou irmão(s), informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

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 inverdadeira 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 rogatória

36 - CPF legível de quem assina a rogatória

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 28/08/2019
Bartolomeu Alves dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS/001 V002/2019

03 SET 2019

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
PARTIDO REPUBLICANO VALE



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA								Nº 60
Data:	10.07.2019			Hora:	10:32			
Nome:	Bartolomeu Alves dos Santos			Profissão:	conferente			
Nome-Sobrenome:				Estado Civil:	casado			
Nascimento:	18.07.73	Sexo:	masculino	Responsável:	mesmo			
Escolaridade:	H. 2º ano							
Mãe:	Margarida Alves dos Santos							
Endereço:	rua: 02 de 605			Fone:	96228593			
Bairro:	A.B.J.			Município:	C. F. de 12			
Cartão SUS:	0123456789			RG/CPF:	123456789			
Raça/Cor:	☐ Branca	☐ Preta	☐ Parda	☐ Amarela	☐ Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				☐ VERMELHO	☐ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL	
Situação/Queixa:				V. lesão Acidente de trânsito				
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:		
Medicações em uso:								
Intolerâncias/Alergias:								
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:				

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: Lesão perfurante MID + de ferimento penetrante no dorso de 12 cm de comprimento e 1 cm de largura.	
Tratamento: Digoxina 2ml - 14 Clorpromazina 14 As INZ Den APT RUS Tubo torácico T10 Bata P Feixes de curativos e COMPANHAMENTO	03 SET 2019
Hipótese Diagnóstica: TRA T10 - LUXACAO T12	Carimbo e Assinatura: [Assinatura]
Paciente regulado	

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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000000654-9

Nr. da Autenticação F7C48B7EA2DC1576



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

NOTA FISCAL DE FATURAMENTO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Cooperativa Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50690-000
CNPJ 10.855.832/0001-08 | Insc. Est. 0000943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CLEONICE PEREIRA DE ARRUDA SANTOS TV DOIS 403

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

BOM JESUS/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58600-000

CPF 738 863 554-72 NIS: 20318031478

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS

SPDA/NOTA FISCAL	UNICA	DATA DE EMISSÃO
054577552	UNICA	05/09/2018
05082018	2001733590	3557383

QUOTA CONTRATO	ESTADO
2521535018	06/2019
10/07/2019	05/07/2019
58,31	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 90 kWh	30,0000000	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 90 até 100 kWh	70,0000000	0,31724757	22,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	39,0000000	0,47587135	18,55
Aplicação Bandeira AMARELA			0,71
Contrib. Sum. Pública Municipal			4,83
ICMS Substituição-CDE/PE 053112675-09/03/18			0,55
Multa por atraso-NF 058882894 - 05/04/18			0,65
Juros por atraso-NF 058882894 - 05/04/18			0,16
Avaliação IGPM-NF 056502894 - 05/04/18			0,12
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (067) 3821-1542			5,00

TOTAL DA FATURA

58,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DO DIAZ	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MCH109	CAT	07-05-2018	34 843,0	05-06-2018	34 881,0	29	1,0000		139,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DE CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
01/05/18	Consumo Ativo até 90 kWh	0,18506108
02/05/18	Consumo Ativo superior a 90 até 100 kWh	0,31724757
03/05/18	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47587135
04/05/18	Aplicação Bandeira AMARELA	0,71
05/05/18	Contrib. Sum. Pública Municipal	4,83
06/05/18	ICMS Substituição-CDE/PE 053112675-09/03/18	0,55
07/05/18	Multa por atraso-NF 058882894 - 05/04/18	0,65
08/05/18	Juros por atraso-NF 058882894 - 05/04/18	0,16
09/05/18	Avaliação IGPM-NF 056502894 - 05/04/18	0,12
10/05/18	Doação FUNDAÇÃO TERRA - (067) 3821-1542	5,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais próximo de vencimento ou no prazo de 45 dias da data da leitura e parcela em vigor de 12 parcelas. Mais informações: 0800-0800000. Cobrança KPM sobre autogeração CDE, conforme Decreto Estadual 25.622/18. O cliente é responsável quando há redução na contabilidade individual ou de vários pontos de consumo. Toda vez que houver redução de consumo, o cliente deve informar imediatamente para a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) para que seja feita a atualização da tarifa. O cliente é responsável quando há desconexão do prazo devido para os pontos de atendimento comercial. O consumidor pode consultar a cobrança de energia elétrica na fatura a qualquer tempo - Art. 7º, § 1º da Lei 10.438.

DATA DE VENCIMENTO	VALOR A PAGAR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VIBRAÇÃO (V)	LIMITE DE VIBRAÇÃO (V)
05/09/2018	58,31	8,45	10,00	21,71	220	302	23
05/10/2018	58,31	8,45	10,00	21,71	220	302	23
05/11/2018	58,31	8,45	10,00	21,71	220	302	23

Valor de Referência de Uso de Tensão de Distribuição (V) 220V

TOTAL A PAGAR (R\$)



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

NOTA FISCAL DE FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vitoz, Recife - PE CEP 50050-000
CNPJ 10.555.832/0001-08 | Insc. Est. 0000543-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CLEONICE PEREIRA DE ARRUDA SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV DOIS 403

CPF 728 863 554-72 NIS: 20515031478

BOM JESUS/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55600-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS

DATA DE FISCALIZAÇÃO	UNICA	DATA DE EMISSÃO
05/07/2019	05/07/2019	05/07/2019
05/07/2019	2001733600	3657389

CONTA CONTRATO	Nº CONTRATO
2521595010	06/2019
DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE VENCIMENTO
10/07/2019	05/07/2019
TOTAL DA FATURA (R\$)	58,31

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18509108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21724757	22,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	36,0000000	0,47567136	18,55
Aprovisionamento AMARELA			0,71
Contrib. Sum. Páridon Municipal			1,53
ICMS Subvenção-COE-NE 663112675-06/03/18			0,55
Multa por atraso-NE 050882894 - 05/04/18			0,66
Juros por atraso-NE 050882894 - 05/04/18			0,16
Avaliação IGPM-NE 050882894 - 05/04/18			0,12
Ducação FUNDAÇÃO TERRA - (047) 3821-1542			8,00

TOTAL DA FATURA

58,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
07-05-2019	CAT	34 842,31	52 06 30,00	24 081,69	36	1,0000	130,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
07-05-2019	CAT	34 842,31	52 06 30,00	24 081,69	36	1,0000	130,20

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
07-05-2019	CAT	34 842,31	52 06 30,00	24 081,69	36	1,0000	130,20

3P03 F0A5 F57F 6CDF 80B6 B176 0723.1868

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
07-05-2019	CAT	34 842,31	52 06 30,00	24 081,69	36	1,0000	130,20



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF¹.

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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.567.544 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.567.544 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>56.903-220</u>	Tel. (DDD):	<u>87-9-9998-5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF¹.

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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.567.544 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.567.544 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>593</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56.903-220</u>
		Tel. (DDD): <u>87-9-9998-5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JODIBE LOCADORA DE BENS LTDA

RG nº 11 -, data de expedição 11/11

Órgão 11, portador do CPF nº 02.035.805/0001-04

com domicílio na cidade de SERPA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
11, nº 11

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

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

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS, cujo o condutor era

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA - CG 150 Ano: 2011-2012

Placa: PFB-5781 Chassi: 9C2KC1670CR47 3653

Data do Acidente: 10/07/2019

Local e Data: SERPA TALHADA - PE

JODIBE LOCADORA DE BENS LTDA

Assinatura do Declarante

Murilo Duque de Godoy Sousa

Diretor

x Bartolomeu Alves dos Santos

Assinatura do Condutor

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

03 SET 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Carlos Locadora de Bens Ltda

RG nº 11, data de expedição 1/1/11

Órgão 11, portador do CPF nº 02.035.805/0001-04

com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

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

AV WALDEMAR IGNACIO DE OLIVEIRA, nº 148

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

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

Bartolomeu Alves das Santas, cujo o condutor era

Bartolomeu Alves das Santas

Veículo: motocicleta Modelo: Honda - CG/150 Ano: 2011/2012

Placa: PFB 5781 Chassi: 9C2KC1670CR473653

Data do Acidente: 10/07/2019

Local e Data: Serra Talhada - PE 13-09-2019

JOSÉ CARLOS LOCADORA DE BENS LTDA

Maria Lúcia de Sousa
= Diretor =

Bartolomeu Alves das Santas

17 SET 2019

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: SERGIO ALMEIDA DA SILVA
Telefone: (47) 36311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de MURILLO DUQUE GODOY DE SOUSA - Dou. PE - Serra Talhada - PE - Em Teste () da verdade. () Reconheço Assinatura de Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Empl. PE 3/19. TSMR-R\$ 0,80. BERC-R\$ 0,40. PERM-R\$ 0,04. FUNSEC-R\$ 0,02.

Selo: 0074872.TGC08201902.03478 13/09/2019 11:43:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 02.035.805/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 11/08/1997
NOME EMPRESARIAL JODIBE - LOCADORA DE BENS LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 77.19-5-99 - Locação de outros meios de transporte não especificados anteriormente, sem condutor			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 77.11-0-00 - Locação de automóveis sem condutor 49.30-2-02 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional 68.10-2-01 - Compra e venda de imóveis próprios 68.10-2-02 - Aluguel de imóveis próprios 68.21-8-01 - Corretagem na compra e venda e avaliação de imóveis			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO AV WALDEMAR IGNACIO DE OLIVEIRA		NÚMERO 148	COMPLEMENTO 1 ANDAR
CEP 56.912-225	BAIRRO/DISTRITO SAO SEBASTIAO	MUNICÍPIO SERRA TALHADA	UF PE
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 26/11/2018 às 09:53:25 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

17 SET 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Carlos Locadora de Bens Ltda

RG nº 11, data de expedição 1/1/11

Órgão 11, portador do CPF nº 02.035.805/0001-04

com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

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

AV WALDEMAR IGNACIO DE OLIVEIRA, nº 148

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

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

Bartolomeu Alves das Santas, cujo o condutor era

Bartolomeu Alves das Santas

Veículo: motocicleta Modelo: Honda - CG/150 Ano: 2011/2012

Placa: PFB 5781 Chassi: 9C2KC1670CR473653

Data do Acidente: 10/07/2019

Local e Data: Serra Talhada - PE 13-09-2019

JOSÉ CARLOS LOCADORA DE BENS LTDA

Maria Lúcia de Sousa
= Diretor =

Bartolomeu Alves das Santas

17 SET 2019

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: SERGIO ALMEIDA DA SILVA
Telefone: (47) 36311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de MURILLO DUQUE GOGÓY DE SOUSA - Dou Fe. Serra Talhada - PE - Em Teste () da verdade. () Reconheço Assinatura de Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Empl. Nº 3/19. TSMR-R\$ 0,80. BERC-R\$ 0,40. PERM-R\$ 0,04. FUNSEC-R\$ 0,02.

Selo: 0074872.TGC08201902.03478 13/09/2019 11:43:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 02.035.805/0001-04 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
		DATA DE ABERTURA 11/08/1997	
NOME EMPRESARIAL JODIBE - LOCADORA DE BENS LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 77.19-5-99 - Locação de outros meios de transporte não especificados anteriormente, sem condutor			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 77.11-0-00 - Locação de automóveis sem condutor 49.30-2-02 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional 68.10-2-01 - Compra e venda de imóveis próprios 68.10-2-02 - Aluguel de imóveis próprios 68.21-8-01 - Corretagem na compra e venda e avaliação de imóveis			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO AV WALDEMAR IGNACIO DE OLIVEIRA		NÚMERO 148	COMPLEMENTO 1 ANDAR
CEP 56.912-225	BAIRRO/DISTRITO SAO SEBASTIAO	MUNICÍPIO SERRA TALHADA	UF PE
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 26/11/2018 às 09:53:25 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

17 SET 2019



ATENDIMENTO MÉDICO História e Exame Físico:	
Posição: Perforação MID + de perfuração percutânea TNR Dm, dor e supuração freccesal MID	
Tratamento:	Diprover 2ml - 14 Clindamida 1g 12h Ds TNR Dm RPP RPP Tabe. Febre. Tiro Bact P Febre recu. e ENCAMINHAMENTO
Hipótese Diagnóstica: TRA TNR LIXACM TNR Dm	Carimbo e Assinatura: [Assinatura] 7-7357

paciente regulado (M)

Hospital São Vicente

Data: 10/07/2019 11:45

Atend: 0018836

Quarto/leito: 406 / 1

José Antônio de Almeida Guimarães
 CRM 9908
 CPT 325 714.984-68

03 SET 2019

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/07/2019		Atendimento: 0018836		Quarto/leito: 406 / 1	
Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS					
Data Nasc: 18/09/1973		Idade: 45 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado		Profissão: AJUDANTE		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: ANTONIO ALVES DOS SANTOS		Nome Mãe: MARIA DOLORES DOS SANTOS	
Endereço: TRAVESSA 02, 405		- ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA - PE			
Telefones: () / () / (87) 9622.3942					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Telefone de Contato: ()			
Nome Acompanhante:					
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
vítima de sua própria moto, el					
fratura fêmur (D)					
Diagnóstico Inicial: fratura fêmur (D)					
SADT:					
Diagnóstico Final: fratura fêmur (D)					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: ____/____/____	
Melhorada ()		Desculpa Médica ()		Data da Alta: ____/____/____	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: ____	
Piorando ()		Transferência ()		George L. e Araújo	
Óbito + 48h ()		Evasão ()		Neurologia e Cardiologia Intervencionista	
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()		CRM: 19775	
Óbito em ____/____/____				Médico Responsável	
Hora: ____					

03 SET 2019

Técnica Anestésica SEDACAS +
Rapue lombar L3-L4.
líquor normotens e
cristalino. Agulhas
05 fechadas

Intercondições: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrição:

Observações

03 SET 2019

[Handwritten signature]

Assinatura do Assinante

Clóvis A. de Carvalho Filho
CRM 3793
CPF: 142.560.244-34



Hospital São Vicente

Data Atend: 10/07/2019	Atendimento: 0018836	Quarto/leito: 406 / 1
Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS		
Cirurgia Realizado: OB DE FEM. DE TAZ COM PARAFUSOS	N. do Procedimento:	
Data: 11/07/19	Início:	Término:
Cirurgião: Dr. Eugênio		
1º Auxiliar: Dr. Frederico		
2º Auxiliar:		
Anestesiista: Dr. Carlos		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
1. Paciente em DDH sob DRAUMANO ATIS		
2. EVACUAMENTO DO SANGUE		
3. ASPECTO ANTERIOR		
4. NÚCLEO POSTERIOR - MEDIAL		
6. REMOÇÃO ULTRASSOM DE FRAGMENTO POSTERIO MEDIAL E MEDIO MEDIAL.		
7. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS 3.5		
8. OBSERVAÇÃO INESTABILIDADE POSTERIOR DO FORMADO		
9. FIXAÇÃO TRANS ARTICULAR DO TAZ, MEDIAL INESTABILIDADE, COM FIO DE		
Assinatura do Cirurgião		

10. LIMPEZA COM IRI.
11. Sutura dos Ramos
12. Curativos
13. Fim

Dr. Eugênio Muniz
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião Joelão
CRM PE 20.410 / TEOT 16.330

03 SET 2019

FICHA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS												Atend: 0018836	
Dt Admissão: 10/07/2019		Sexo: Masculino		Idade: 45 Anos		Leito: 406 / 1		Conv: UNIMED					
Procedimento Realizado:													
Índice	Respiração	Circulação	SPO2	Ativ. Musc	Consciência	Horário	FC	PA	FR	T.AX	Vol. Infundido	Diurese	Rubrica
Krullck													
	2	2	96	1	2	S.O	100	120x80	18	36.2	0	0	
	2	2	97	1	2	15 min	98	130x80	20	36.2	20	0	
	2	2	98	1	2	30 min	88	130x70	20	36.4	0	0	
	2	2	98	1	2	60 min	88	130x70	20	36.4	20	50	
						2 H							
						3 H							

Respiração		Circulação	
☒ 2- Apto a respirar Profundamente 1- Dispneia ou Respiração Limitada 0 - Cianótico		☒ 2- <20% Valor Pré-Operatório 0- - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório 0-<50% Valor Pré-Operatório	
Respiração		Atividade Muscular	
0 - Spo2 Oxiçgênio < 90% Recebendo O2 1-precisa Receber O2 para SpO2 ☒ 2-Saturação >92% Recebendo Ar Ambiente		2 - Apto Mover 4 Ext ☒ 1- Apto Mover 2 Ext 0 - Apto Mover 1 Ext	
		Consciência	
		☒ 2- Desperto Totalmente 1-Desperto ao Chamar 0-Não resp. Estimo Auditivo	

DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos: Bupr 0.5% - 12.5mg + Fentanyl 75mcg
 Analgésicos: Diprivan 2mg + Tildip 20mg + Brufen 50mg
 Opióide Espinal: ☒ Sim () Não Antimético: -
 Reversão BMN: () Sim ☒ Não Atropina: - mg Neostig: - mg Narcan: - mg
 Flumazil: - mg Outros: -

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:

☒ Instalar oxigênio Contínuo

Início: 13 h 50' Término: 14 h 50'

Outros:

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES

Sem intercorrências

Clóvis A. ...

ASSINATURA / CARIMBO

03 SET 2019



São Vicente
DIAGNÓSTICOS

Rua Inocêncio Gomes de Andrade 500 - Centro
Fone/Fax: (37) 3531-9160 - (37) 3531-9150
Serro Talhada - Pernambuco
Email: hospitalsaovicente@yahoo.com.br
CNPJ 10.260.543/0001-63

NOME: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS
DATA: 11/07/2019

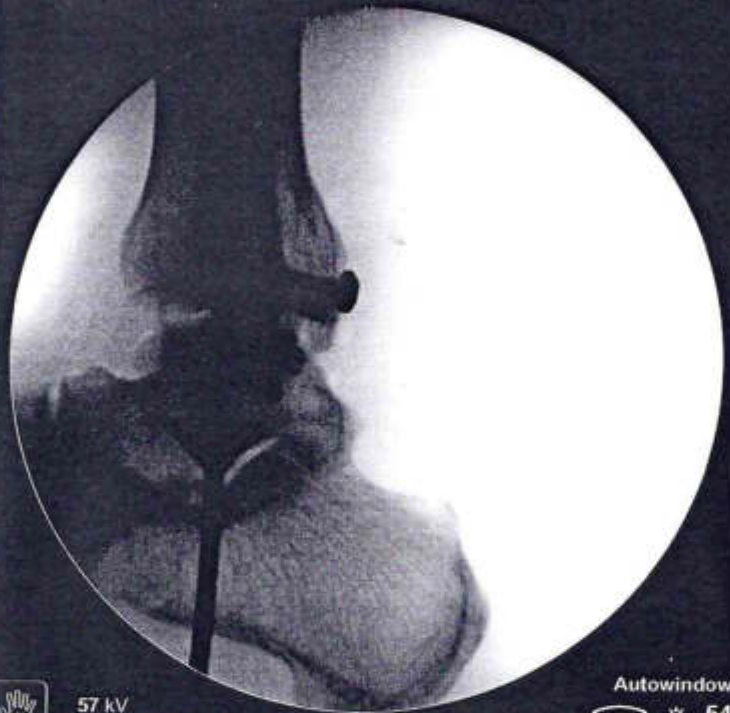
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

- Controle gessado de fratura diafisária da fíbula.
- Comparar com exames anteriores.

F K Geronimo

Dr. Felipe Kato
CRM 189414

03 SET 2019



57 kV
1.51 mA
14.80 mGy*cm²
150.24 µGy

Autowindow

(R) 54
22

GE-OEC Fluorostar HOSPITAL SAO VICENTE

Dr Andre e Dr Eugenio
Tornozelo

5/5

Bartolomeu Alves Dos Santos, -
141992
18.09.1973

11.07.2019
15:12:00

03 SET 2019



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 29 de julho de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
CAP BM Resp. p/ Cmdo 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 55 / 2019 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **BARTOLOMEU ALVES DO SANTOS, RG 5218910 SSP/PE, CPF 901.567.574-00**, residente à Travessa Dois, 405, Alto do Bom Jesus, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 10:04h do dia 10 de julho de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/710416-2 **JOHN FÁBIO FERREIRA DE LIMA**, para uma ocorrência de **APH (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, nº B (1270745), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo **HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA PFB-5781**, vermelha, no momento que veio a cair. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Deputado Afrânio Godoy, Centro, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: ferimento no membro inferior direito. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **ANTÔNIO RODRIGUES, CRM 7351, prontuário 60**.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SD QBMG 1/718240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063.001952/2019-14



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 29/07/2019, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 29/07/2019, às 09:08, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2760395** e o código CRC **0C9711EA**.

03 SET 2019

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA								Nº 60
Data:	10.07.2019			Hora:	10:32			
Nome:	Bartholomeu Alves dos Santos			Profissão:	conferente			
Nome Social:				Estado Civil:	casado			
Nascimento:	18.07.11	Sexo:	masculino	Responsável:	mesmo			
Escolaridade:	H. 6º ano							
Mãe:	Miguel Borges dos Santos							
Endereço:	rua: 02 12 605			Fone:	96228543			
Bairro:	A.B.J.			Município:	J. Teixeira			
Cartão SUS:	123456789			RG/CPF:	123456789			
Raça/Cor:	☐ Branca	☐ Preta	☐ Parda	☐ Amarela	☐ Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				☐ VERMELHO	☐ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL	
Situação/Queixa:				V. trauma Acidente de trânsito				
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:		
Medicações em uso:								
Intolerâncias/Alergias:								
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:				

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico:	
Lesão perfurante MID + de ferimento penetrante T.N.Z. Din. do e. Superfície ferimento MID	
Tratamento:	Dipirona 2ml - 14 Clorfeniramina 1mg As. INZ Din. APT RPT T. de ferimento T. R. B. P. T. de ferimento e. OMPA INHAMENTO
Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
TRAUMA LUXAÇÃO T.N.Z. Din.	Assinatura: [Assinatura] 7357

paciente regulado

CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. Estadual - Isenta
Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N.º 603 - centro
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
CNPJ: 10.280.543/0001-63

Hospital São Vicente

Ficha de Atendimento do Paciente Internação

Data: 10/07/2019 11:45

Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Atend: 0018836

Endereço: TRAVESSA 02, 405

- Bairro: ALTO BOM JESUS

Cidade: SERRA TALHADA

- PE

CEP: 56903-000

Tel.: () / () / (87) 3322.3942

Sexo: Masculino

CNS: 0974801300000152

Nome Pai: ANTONIO ALVES DOS SANTOS

Nome Mãe: MARIA DOLORES DOS SANTOS

CPF: 901.567.574.00

Idade: 45 Anos

Dt nasc: 18/09/1973

Profissão: AJUDANTE

Convenio: UNIMED

Estado civil: Casado

Médico: Dr(a) GEORGE DE LORENA E ARAUJO - CRM 19775

Quarto/leito: 406 / 1

Atendido por: ERLANDIA MARIA DE LIMA

HISTÓRICO CLÍNICO

Vitima de Suicídio do sobrinho

Cl. História figura (o)

+ Co. comorbidade A1

Procedimento cirúrgico

Exame. LUPACÃO DO PAINHO

Exame p/ osteossintese

George L. e Araújo
Neurologista e Cardiologia Intervencionista
CRM 19775

José Antônio de Almeida Guimarães
CRM 9308
CPF 225 714.634-68

03 SET 2019

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/07/2019		Atendimento: 0018836		Quarto/leito: 406 / 1	
Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS					
Data Nasc: 18/09/1973		Idade: 45 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado		Profissão: AJUDANTE		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: ANTONIO ALVES DOS SANTOS		Nome Mãe: MARIA DOLORES DOS SANTOS	
Endereço: TRAVESSA 02, 405		- ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA - PE			
Telefones: () / () / (87) 9622.3942					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Telefone de Contato: ()			
Nome Acompanhante:					
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
vítima de sua própria queda, cl fratura fíbula (D)					
Diagnóstico Inicial: fratura fíbula (D)					
SADT:					
Diagnóstico Final: fratura fíbula (D)					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: ____/____/____	
Melhorada ()		Descição Médica ()		Data da Alta: ____/____/____	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Piorando ()		Transferência ()		 George L. e Araújo Neurologista e Cardiologia Intervencionista CRM: 18775 Médico Responsável	
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____					
Hora: _____					

03 SET 2019

Assinatura do Assinante

Clóvis A. de Carvalho Filho
CRA 8793
CPF: 142.560.244-34



Hospital São Vicente

Data Atend: 10/07/2019	Atendimento: 0018836	Quarto/leito: 406 / 1
Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS		
Cirurgia Realizado: OD DE FERT. 122 TAZ 101 PARAFUSOS	N. do Procedimento:	
Data: 11/07/19	Início:	Término:
Cirurgião: Dr. Eugênio		
1º Auxiliar: Dr. Frederico		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Dr. Carlos		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
1. Paciente em DDH 30º DIAGNOSTICADO ATIS		
2. Fixação com 5 parafusos		
3. Abertura da articulação.		
4. Avaliação do tecido - medula		
6. Remoção completa de fragmento posterior medial e medial medial.		
7. Fixação com parafusos 3,5		
8. Observação da articulação posterior do tornozelo		
9. Fixação trans articular do TAZ, tendo integridade, por TAZ R.		
Assinatura do Cirurgião		

10. Limpeza em I.E.B.T.
11. Sutura de Ramos
12. Curativos
13. Tm

Dr. Eugênio Muniz
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião Joelha
CRM-PE 20410 / TEOT. 16.330

03 SET 2019

FICHA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: 00141992 - BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS												Atend: 0018836	
Dt Admissão: 10/07/2019		Sexo: Masculino		Idade: 45 Anos		Leito: 406 / 1		Conv: UNIMED					
Procedimento Realizado:													
Índice	Respiração	Circulação	SPO2	Ativ. Musc	Consciência	Horário	FC	PA	FR	T.AX	Vol. Infundido	Diurese	Rubrica
Krullik													
	2	2	96	1	2	S.O	100	120/80	18	36.2	0	0	
	2	2	98	1	2	15 min	98	130/80	20	36.12	20	0	
	2	2	98	1	2	30 min	88	130/70	20	36.42	0	0	
	2	2	98	1	2	60 min	88	130/70	20	36.42	20	50	
						2 H							
						3 H							

Respiração		Circulação	
☒ 2- Apto a respirar Profundamente 1- Dispneia ou Respiração Limitada 0 - Cianótico		☒ 2- <20% Valor Pré-Operatório 0- - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório 0-<50% Valor Pré-Operatório	
Respiração		Atividade Muscular	
0 - Spo2 Oxigenio < 90% Recebendo O2 1-precisa Receber O2 para SpO2 ☒ 2-Saturação >92% Recebendo Ar Ambiente		2 - Apto Mover 4 Ext ☒ 1- Apto Mover 2 Ext 0 - Apto Mover 1 Ext	
		Consciência	
		☒ 2- Desperto Totalmente 1-Desperto ao Chamar 0-Não resp. Estimo Auditivo	

DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos: Bupr 0.5% - 12.5mg + Fentanyl 75mcg
 Analgésicos: Diprivan 2mg + Tildip 20mg + Brufen 50mg
 Opióide Espinal: ☒ Sim () Não Antimético: -
 Reversão BMN: () Sim ☒ Não Atropina: - mg Neostig: - mg Narcan: - mg
 Flumazil: - mg Outros: -

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:

☒ Instalar oxigênio Contínuo
 Outros:

Início: 13 h 50' Término: 14 h 50'

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES

Sem intercorrências

Claudio A. de Jesus Filho

00141992-0001-603

ASSINATURA / CARIMBO

03 SET 2019



Quarto/leito: 406 / 1

NÃO ALÉRGICO

George L. e Araújo
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
CRM: 15775

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10/07/2019	17:22	Resposta à visita ao paciente no leito, dando orientações. Feito ECG. Segue o encaminhamento para procedimento cirúrgico ortopédico.
------------	-------	--

18/07/19
D.S. Lirio de Lapa.

14/07/69

Dr. Eugenio Muniz

12/07/09

Recibo de entrega de material

De: [illegible] para: [illegible]

Ass: [illegible]

Dr. Eugenio Muniz

CRM-PE: 20.410 / TEOT: 16.330

03 SE

Dr. Eugênio Muniz
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM-PE: 20.4107 TEOT: 16.330

Dr. Eugênio Muniz
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia do Cotovelo
~ 77 410 / TEL: 16.3

03 SET 2019



São Vicente
DIAGNÓSTICOS

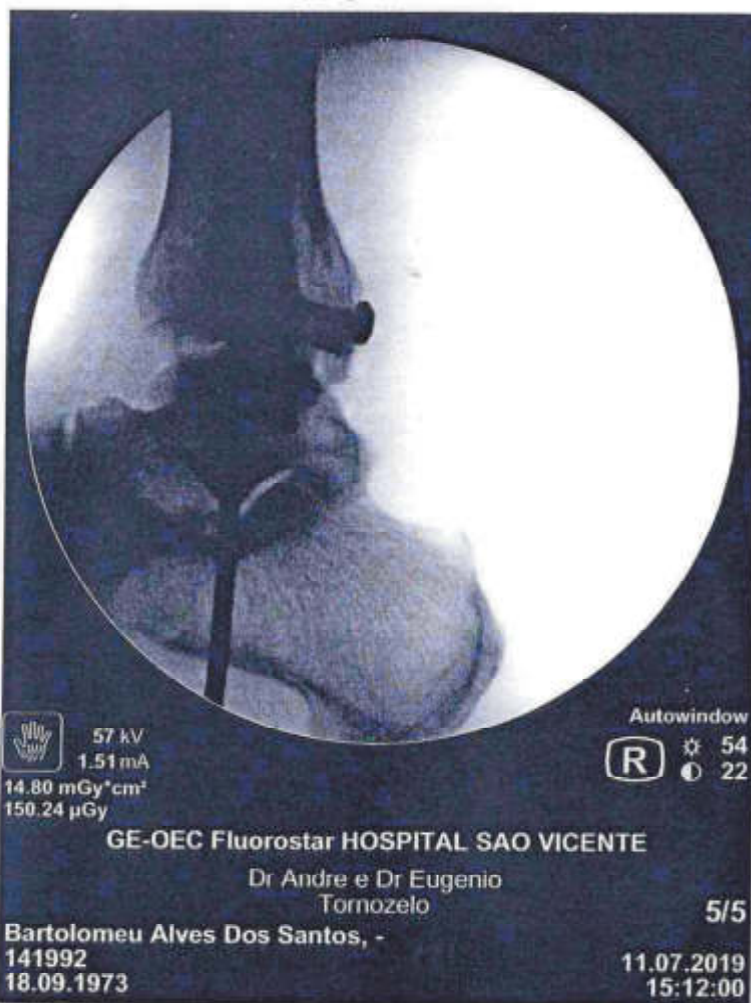
Rua Inácio Gomes de Andrade 500 - Centro
Fone/Fax: (51) 3531-9100 - (51) 3531-9150
Serro Talhada - Pernambuco
Email: hospital.sao.vicente@yahoo.com.br
CNPJ 10.260.543/0001-63

NOME: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS
DATA: 11/07/2019

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

- Controle gessado de fratura diafisária da fíbula.
- Comparar com exames anteriores.

Dr. Felipe Kato
CRM 189414



57 kV
1.51 mA
14.80 mGy*cm²
150.24 µGy

Autowindow

(R) 54
22

GE-OEC Fluorostar HOSPITAL SAO VICENTE

Dr Andre e Dr Eugenio
Tornozelo

5/5

Bartolomeu Alves Dos Santos, -
141992
18.09.1973

11.07.2019
15:12:00

03 SET 2019



Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
COULPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adeilson Feitosa
MEDICINA ORTODONTOLÓGICA -
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDILOGIA - TESTE DA ORALFONIA - ALFONOMETRIA -
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA -
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
ADONTOLOGIA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA -
MEDICINA PERINATAL

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Paciente, 46 anos, vítima de acidente de motocicleta em 10/07/2019, no município de Serra Talhada - PE. Apresentando fratura de fibula direita, necessitando de procedimento cirúrgico para osteossíntese.

Após sua alta hospitalar, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores e edema em tornozelo e perna direita intermitente, com limitação para realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento, apresentando déficit funcional de 25% e déficit laboral em 30% em suas atividades de motorista.

SERRA TALHADA, 15 DE OUTUBRO 2019.

Dra. Tamara Lopes Gozçalves
Médica
CRM-PE 27.815

MÉDICA

ACIDENTE - ~~07/07/19~~ ~~09/08/19~~



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1302109537

NOME
BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5218910 SSP PE

CPF
901.567.574-00

DATA NASCIMENTO
18/09/1973

FILIAÇÃO
ANTONIO ALVES DOS
SANTOS
MARIA DOLORES DOS
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
03899616643

VALIDADE
10/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
03/08/2006

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada
MOTOTAXISTA

Bartolomeu Alves dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
26/09/2016

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

49421760803
PE074345915

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1302109537

03 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1302109537

NOME
BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5218910 SSP PE

CPF

901.567.574-00

DATA NASCIMENTO

18/09/1973

FILIAÇÃO

ANTONIO ALVES DOS
SANTOS

MARIA DOLORES DOS
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

03899616643

VALIDADE

10/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

03/08/2006

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada
MOTOTAXISTA

Bartolomeu Alves dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO

26/09/2016

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

49421760803
PE074345915

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

THOMAS GREGO & SOUZA

IBDD PLASTIFICAR

302109537

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1
CDD: 433022650
RNTRO: 2019

JODIBE LOCADORA DE VEICULOS LTDA

SERRA TALHADA - PE

02.035.805/0001-04
PLACA ANT: 433022650
CHASSI: 502K01670C373653

PAS / MOTOCICLETA

CONSUMTIVEL
ALCOOL/CASOL

BORDA/CB 150 FAR EST

2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

VEIC. COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

SEM RESERVA

DATA 13/05/19

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

PE Nº 014807090492 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JODIBE LOCADORA DE VEICULOS LTDA

56930-000

Q1 RUA DA SERRA TALHADA - PE

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

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 13/05/19

VEICULO: 1 CDD: 02.035.805/0001-04 PLACA: 433022650

ANOMAR: 2019 MARCA/MODELO: BORDA/CB 150 FAR EST

PREMIO TARIFARIO: 80.11

PREMIO TOTAL (R\$): 84.58

SEM RESERVA

DATA DECATACAO: 13/05/19

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014807090492
EXERCÍCIO 2019

VEICULO: 1 413022650
NOME: JOHANE LOCADORA DE BENS LTDA

PLACA: 02.035.805/0001-04
SERRA, TALANDA-PE

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

ANEXO: 2011
CATEGORIA: PARTIC

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11
PREMIO TOTAL (R\$): 84.53

SEM RESERVA

DATA: 13/05/19

DIRETOR: WESLEYNE OLIVEIRA/PA

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

ROBSON MORAES MONTENEGRO

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

PE Nº 014807090492 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOHANE LOCADORA DE BENS LTDA

Q1 RESERVA SERRA, TALANDA-PE 56900-000

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 13/05/19

VEICULO: 1 413022650

PLACA: 02.035.805/0001-04

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$): 84.53

SEM RESERVA

DATA: 13/05/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.290.840/0001-04

DESTAQUE E CANCELAR O BILHETE DPVAT

DESEMPENHO DE SEGURO



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 29 de julho de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
CAP BM Resp. p/ Cmdo 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 55 / 2019 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **BARTOLOMEU ALVES DO SANTOS**, RG 5218910 SSP/PE, CPF 901.567.574-00, residente à Travessa Dois, 405, Alto do Bom Jesus, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 10:04h do dia 10 de julho de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/710416-2 **JOHN FÁBIO FERREIRA DE LIMA**, para uma ocorrência de **APH (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, nº B (1270745), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo **HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA PFB-5781**, vermelha, no momento que veio a cair. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Deputado Afrânio Godoy, Centro, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: ferimento no membro inferior direito. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **ANTÔNIO RODRIGUES**, CRM 7351, prontuário 60.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SD QBMG 1/718240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063.001952/2019-14



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 29/07/2019, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 29/07/2019, às 09:08, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, Informando o código verificador 2760395 e o código CRC 0C9711EA.

03 SET 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS,
portador(a) do documento de identidade nº 5218910, expedido por SSP-PE
em 26/09/2016 inscrito no CPF sob o nº 901.567.594-00, residente na
FU - DOIS, nº 408
complemento CASA, Bairro BOM JESUS, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 10/04/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.495.324-29, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 523
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 26 de 07 de 2019.

Outorgante X Bartolomeu Alves dos Santos



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 36911-924
Reconheço a Firma por Autenticidade de BARTOLOMEU ALVES
DOS SANTOS, Dôu Fé. Serra Talhada - PE, em Test. () da
verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria
Lúcia de Sousa-Substituta. Emol. R\$ 3,39. TSNR-R\$
0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.
Selo: 0074872.OTM07201901.02236 26/07/2019 16:31:32
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS,
portador(a) do documento de identidade nº 5218910, expedido por SSP-PE
em 26/09/2016 inscrito no CPF sob o nº 001.567.594-00, residente na
FU - DO S, nº 401
complemento CASA, Bairro BOM JESUS, cidade
SIERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 10/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 523
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SIERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SIERRA TALHADA-PE 26 de 07 de 2019

Outorgante X Bartolomeu Alves dos Santos

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SIERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 36311-924

Reconheço a firma por autenticidade de BARTOLOMEU ALVES
DOS SANTOS, Dou Fê. Sierra Talhada - PE, em Test. () da
verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria
Lúcia de Sousa - Substituta. Fica R\$ 3,39. TCMR-R\$
0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.OTM07201901.02236 26/07/2019 16:31:32
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303633/19

Vítima: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

CPF: 901.567.574-00

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 10/07/2019

Titular do CPF: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS : 901.567.574-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2019
Nome: BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS
CPF: 901.567.574-00

BARTOLOMEU ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO