

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080625

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200080625 Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GILIADE JONAS BRASIL**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000000773

Conta: 0000060464-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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:

097.680.144-23

4 - Nome completo da vítima:

GILIADE JONAS BROSILL

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

5 - Nome completo:

GILIADE JONAS BROSILL

6 - CPF:

097.680.144-23

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA JIRMINO DE BARROS

9 - Número:

156

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CORDEIRO

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50630-160

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: GIAU

AGÊNCIA: 0773

CONTA: 60464

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 (ve/nascer)? Sim Não31 - 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 07 DE JANEIRO DE 2010

Giliade Jonás Brosill

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Johnny José da Cunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57855
0065172/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRICAO JARDIM SÃO PAULO - DP12º CIRC DIM/4º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0102000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2020 às 10:52

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 26/6/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 1 - Bairro: DERBY - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILIADE JONAS BRASIL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL

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

GILIADE JONAS BRASIL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA Data de Nascimento: 19/5/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA FIRMINO DE BARROS, 166 - CEP: 56000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL , que estava em posse do(a) Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL
Categoria/Marca/Modelo: BIKE FIXA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:

Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUANDO TRANSITAVA COM SUA BICICLETA, CAINDO NA VIA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CAXANGÁ, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS COM FRATURA NO GOTOVELO DIREITO, ONDE FOI CIRURGIADO. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL. CASO AFETO A DELEGACIA DO CORDEIRO.

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

Givalde Jonas Brasil
**GIVALDE JONAS BRASIL
(VÍTIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDÉNIO CALIXTO DE PONTES** - Matrícula: **151806-2**

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:

4 - Nome completo da vítima:

097.680.144-23 GILIADE JONAS BROSILL

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

5 - Nome completo:

GILIADE JONAS BROSILL

6 - CPF:

097.680.144-23

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA JIRMINO DE BARROS

9 - Número:

156

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CORDEIRÃO

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50630-160

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: GIAU

AGÊNCIA: 0773

CONTA: 60464

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ve/nascer)? Sim Não31 - 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 07 DE JANEIRO DE 2010

Giliade Jonás Brosill

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Johnny José da Cunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Pernambuco

Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:
288472-GILIADÉ JONAS BRASIL	25a 5m 3d	19/05/1994	26/06/2019
Sexo:	Contatos:	Prontuário:	
MASCULINO	/ 81-988553045	00288472	
Mãe:	Endereço:	Nº Atendimento:	
MARIA DE FATIMA DA SILVA	RUA FIRMINO DE BARROS , 156 - CORDEIRO - RECIFE / PE - CEP: 50630160	Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456			

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE. NEGE DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NO ENTANDO, COM EXTENSAO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO

RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO

INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTÂNCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

UPA 24h
CAXANGÁ
Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CEP: 50980580



Estado de Pernambuco
Pernambuco

Nome:

288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:

MASCULINO -

/ 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES + AO AMBULATORIO + ALTA

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Idade: Nascimento:

25a 5m 3d 19/05/1994

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS , 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIADE JONAS BRASIL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000060464-0

Autenticação:

977F6ECA011C5B39AF194A4BE049F5444E013BD15F0C02FA023E4F2DE7BF7FD1

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.933/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005043-83**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Endamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvirdeficiente: 0800 282 5598
e Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
ARPE: 0800-717-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATADA
AMARO MANOEL DE OLIVEIRA PROX AO VIADUTO DE JARDIM S.PAULO CPF: 101.358.554-22	26/12/2019	11/12/2019	004007535266
ENDERECÔ DA UNIDADE CONSUMIDORA	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
RUA LORENA 59 JARDIM S.D PAULO/RECIFE 56790-030 RECIFE PE	27,21	18/12/2019	2309133513
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO	
	087788072	0933094840	
CLASSIFICAÇÃO	B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES		
	Monofísico		
RESERVADO AO FISCO	EIE0.7057.822F.C2DA.18E1.559A.985A.3F31		

RESONS LE PLANETE FINALE

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,75727874	22,71		
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,17		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,34		
ICMS Sobrevenção-CDE-NE 988028759-00/10/19			3,19		
TOTAL DA FATURA			27,21		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIB		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
24,03	75,00	6,03	34,02	6,44	2,21

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUZARÃO CORTE.

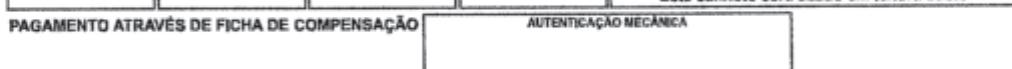
Vencimento	St Resv	Válor
25/11/19	18/12/19	56,22
23/12/19	18/01/20	468,95

Nota considerando IRRD subjetivo, visto de distintas situações. Não contempla dificuldades em discussão judicial. Caso o excedente de fornecimento persista para dia de faturamento, poderá exonerar o encerramento do certidão, podendo também excluir conforme conferir se as critérios definidos na Art. 9º 414/Anatel. Pode ocorrer ação de cobrança, bem como incluído nos registros da restituição de crédito DPC e GERAFA.

TARIAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,14003980	DEZ	19 39
		NOV	19 33
		OUT	19 487
		SET	19 435
		AGO	19 362
		JUL	19 245
		JUN	19 294
		MAI	19 212
		ABR	19 287
		MAR	19 198
		FEV	19 225
		JAN	19 342

Facturado pelo mínimo da base - Custo de Disponibilidade, Artigo 9º, Resolução ANEEL 414/2010.

DETALHAMENTO DA Fatura				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004007535266	12/2019	27,21	26/12/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>



AVISO IMPORTANTE

AVISO IMPORTANTE!
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em
terminais de Auto-Atendimento.

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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu AMARO MANOEL DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 501.968.034-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILIADE JONAS BRASIL inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.680.144-23, do sinistro de DPVAT cobertura FINAL-DE7 da Vítima GILIADE JONAS BRASIL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.680.144-23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

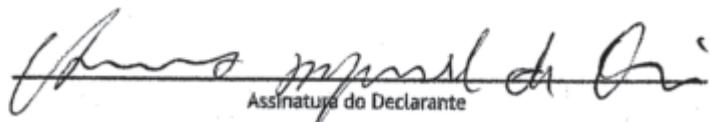
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua LORENA</u>	Número	<u>50</u>	Complemento
Bairro	<u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade	<u>RECIFE</u>	Estrada
Email	<u>luizoliveira177@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 3.8354-0368</u>	CEP

RECIFE 07 de FEVEREIRO de 2020

Local e Data



Assinatura do Declarante



Pernambuco

Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:
288472-GILIADÉ JONAS BRASIL	25a 5m 3d	19/05/1994	26/06/2019
Sexo:	Contatos:	Prontuário:	
MASCULINO	/ 81-988553045	00288472	
Mãe:	Endereço:	Nº Atendimento:	
MARIA DE FATIMA DA SILVA	RUA FIRMINO DE BARROS , 156 - CORDEIRO - RECIFE / PE - CEP: 50630160	Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456			

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE. NEGE DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NO ENTANDO, COM EXTENSAO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO

RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO

INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTÂNCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

UPA 24h
CAXANGÁ
Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CEP: 50980580



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome:
288472-GILIADÉ JONAS BRASIL
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-988553045
Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: 25a 5m 3d Nascimento: 19/05/1994

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES + AO AMBULATORIO + ALTA

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

[Handwritten signature]



Nome:

288472-GILIADÉ JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:

MASCULINO - / 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE ENCAMINHADO DA ORTOPEDIA PARA AVALIAÇÃO DE CORTE-CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR SANGRANTE, RELATA QUE APRESENTOU COLISÃO BICICLETA-MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS. NEGA TCE.

EXAME FÍSICO:

CORTE CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR COM SANGRAMENTO DISCRETO.

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM REGIÃO MANDIBULAR

UPA 24h
CAXANGÁ
Av. Audreia das Neves
Cidade Alta
CEP: 50980-580



Nome:

288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:

MASCULINO

/ 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

CAXANGÁ

Idade: Nascimento:

25a 5m 3d 19/05/1994

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

Conduta:

SOLICITO LIMPEZA PARA AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE SUTURA

FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-26 23:09:09

Nome Paciente:	GILIADE JONAS BRASIL
Cód. Paciente:	288472
Data de Nascimento:	19/05/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	25
Senha:	OR0055
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1316779
SAME:	

Período: 2019-06-26 23:09:09 - 2019-06-26 23:13:05

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: COLISAO BICICLETA -MOTO E DOR EM COTOVelo DIREITO

Observação: ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-21 07:41:29



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL

1. Ocorrência da Emergência:

1.1 - Atendimentos em: 23/08/19

1.2 – Às horas e minutos.

1.3 – Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1123686

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 06/09/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 02/09/19 – REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO DE FIOS DE AÇO.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X MOTO EM 26/06/19.
TRATAMENTO CONSERVADOR.
NÃO EVOLUIU COM SUCESSO.

DATA: 13.12.2019

HORA: 14:37:30

PASTA: 01.12.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

**HOSPITAL GETULIO VARGAS
ADMISSAO DE PACIENTE**



Atendimento: 761435

Especialidade:

Data e Hora: 23/08/2019 15:38

Paciente: 1123686 GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/05/1994 Idade: 25 anos

Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Nome da Mãe:: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nome do Pai:

Nº Conselho: 27559

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Profissional: MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO

Endereço: RUA FIRMINO DE BARROS --

156

Bairro: CORDEIRO

Cidade/UF: RECIFE PE

Usuário Atendimento: MARIZAMVM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF: 09768014423

Fone: 32299969

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Clinica: CLINICA TRAUMATOLOGICA

Enfermaria: TRAU 104

Leito: CLTRAU 104-01

CID:

Temperatura: ()

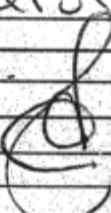
Respiração: ()

Pressão Arterial: ()

Pulso: ()

EVOLUÇÃO

A genitora compareceu ao setor para pedir que o internamento paciente encontra-se no leito.





NOME:

Gipiade Yonca Brant
Nº DO REGISTRO:

SETOR:

Adm/CCDQ

DATA DE ADMISSÃO:

23/08/2019

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUIZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPOREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINARIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NAO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

- Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Manter a cama na posição baixa com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
- Orientar a não trancar portas;
- Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
- Manten a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Estimular o uso de acessórios de apoio;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
- Manten iluminação adequada durante a noite;
- Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
- Manten o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
- Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Thaci Cimonim dos Prazeres

Avenida General San Martin s/n – Centro

Ribeirão Preto - CEP 14.601-040

Fone: (16) 31.31845600



GILIADE JONAS BRASIL		01123686	203097387380
751435	MASCULINO	25a 3m 18d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO ÁMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA. CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIARIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA;

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/08/2019	06/09/2019

Dr. Maurício Cézar
Médico
CRM/PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559



GILIAD DE JONAS BRASIL

01123686

203097387380

761435

MASCULINO

25a 3m 18d

CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

CBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA, CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIARIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA;

Fraturado Olécrano Direito

Dr. Maurício Cézar
Médico
CRM-PE: 27.559

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/08/2019	06/09/2019

Dr. Maurício Cézar
Médico
CRM-PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: GILIADE JONAS BRASIL

Prontuário: 01123686

Data de Nascimento: 19/05/1994

Idade: 25a 3m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

552.0

[Redacted content]

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA + TAC

Observação:

HDA: PACIENTE RELATA ACIDENTE (COLISÃO BICICLETA X MOTO) COM TRAUMA EM MSD EM 26/06/19.

HD: FRATURA DE OLECRANO DIREITO

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO AXIOPALMAR EM MSD. EM CONSULTA AMBULATORIAL (23/08/19) VERIFICOU-SE NECESSIDADE DE REALIZAR TRATAMENTO CIRÚRGICO. SERÁ REALIZADO INTERNAMENTO HOJE (23/08/19) PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

Dr. Maurício Cézar
Médico
CRM-PE 27.559

Recife, 23 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

.Nome do paciente: GILIADE JONAS BRASIL

.Registro: 1123686

.Data da operação: 02/09/2019

Operador: DR CLEBER MACIEL
2º aux: DR LEVI DIOGENES (MR3)

1º auxiliar: DR JOSÉ VÍCTOR MR1

Anestesista: DR ALENA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
OLÉCRANO DIREITO

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexip
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos estéreis;
4. Acesso posterior ao cotovelo, sob topografia do olécrano lateralmente
5. Identificado foco de fratura de olécrano
6. Limpeza copiosa com SF 0,9%;
7. Realizado redução cruenta + fixação com fio de cerclagem com banda de tensão + 2 fios de kirschner.
8. Controle radioscópico satisfatório
9. Sutura por planos
10. Observada boa perfusão distal após o procedimento

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 1077



GILIADE JONAS BRASIL	01123686	203097387380
761435	MASCULINO	25a 3m 18d

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPÉDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO-DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA. CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIARIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA: *Dr. Mauricio Cézar* CRM-PE:27.559

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/08/2019	06/09/2019

Dr. Mauricio Cézar
Médico
CRM-PE/27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 27/06/2019 01:12:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL RG: 8449992 PESO:

IDADE: 25 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 19/05/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: DALMY PINHEIRO SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 23:22:10 ATENDIMENTO: 1316779 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: MARCAR CONSULTA NO AMBULATOTIO DE ORTOPEDIA.

Dalmy Pinheiro de Sousa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE - 23456
DALMY PINHEIRO SOUZA
CRM-23456

6

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

NOME: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

DOC. DENTRO/DE/ORG. EMISSOR/UF: **1310620 SSP PE**

CPF: **101.968.034-20** DATA NASCIMENTO: **02/10/1955**

PAI/AO: **FRANCISCO MANOEL DE OLIVEIRA**
MÃE: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO: **[REDACTED]** ACD: **[REDACTED]** CAT: **HAB**

Nº REGISTRO: **01472573258** VALIDADE: **25/11/2020** HABILITAÇÃO: **02/08/1974**

OBSERVAÇÕES: **sem observações**

(Assinatura de Amaro)

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE - PE** DATA EMISSÃO: **25/11/2015**

(Assinatura do portador)

ASSINATURA DO PESSOAL

91554095198
PE069699185

DETTRAN-PE (PERNAMBUCO)

BRASIL - REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, GOVERNO FEDERATIVO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1217281946

PROIBIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080625 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILIADE JONAS BRASIL Data do acidente: 26/06/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO. PAG 6

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

CPF: 097.680.144-23

Data do acidente: 26/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

Autorização de pagamento
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: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILIADE JONAS BRASIL

Brasileiro (a) Estado civil SOLTEIRO,

Profissão ESTUDANTE, Residente e Domiciliado á

Rua FIRMINO DE BARROS N. 156,

Bairro FORDEIRO, Município de RECIFE, Estado

de(o) PE CEP 50630-160, Portador(a) do RG

n. 8.449.992, SSP/..... e CPF n.097.680.144-23

OUTORGADO: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA,

Brasileiro (a) Estado civil: VIUVO,

Profissão: AUTONOMO, Residente e Domiciliado á

Rua Lorena 50,Bairro Jardim São Paulo

,Município de Recife ,Estado de (o) Pernambuco

CEP 50790 030 ,Portador(a) do RG 1.310.620, SSP/PE e CPF 101.968.034-20

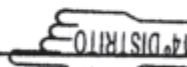
Por esse instrumento particular de procuração ,o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consórcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito o (a) SR.(a) GILIADE JONAS BRASIL, ocorrido em 26/06/2019,conforme registrado pelo B.O anexo ao processo na cobertura de INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a),representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos,assinar declarações de endereço,assinar autorização de pagamentos/crédito de indenização do sinistro DPVAT para pagamentos de quitação da indenização de sinistro DPVAT, em fim requer assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

4

de Outubro de 2019

Giliade Jonas Brasil



Outorgante

OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZEA)
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Recife (81) 3412-1000
Reconhecimento por AUTENTICIDADE à firma indicada de
GILIADE JONAS BRASIL
lançada em minha presença, dou-lhe
Recife 04 de outubro de 2019, 16:36
Fazendo justiça à verdade
Doutor(a) Mônica Soárez (Escrevente Autorizado)
Selo: 0076240-KER09201905.02564
Valor: R\$ 0,39 TBNR R\$ 0,80 FERMI R\$ 0,04 FUNSO R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91
www.tjpe.jus.br/seletodigital

A circular stamp with the text "CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZEA)" around the top edge, "RECIFE/PE" in the center, and "NOTAS-CARTEIRAS" at the bottom.

A QR code located at the bottom right of the stamp area.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

CPF: 097.680.144-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

Autorização de pagamento
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: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA