
Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190367592

Vítima: ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA RITA BARBOSA JUREMA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190367592

Vítima: ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA RITA BARBOSA JUREMA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARIA RITA BARBOSA JUREMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001061-8**

Conta: **0000027349-X**

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, 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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	129.065.704-19	Elvin Barboza dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Elvin Barboza dos Santos		
Profissão: Estudante	Endereço: 51 Ponta da Serra	CPF: 129.065.704-19
Bairro: Zona-vernal	Cidade: Serra Talhada	Número: 935 Complemento: casa
E-mail:	Estado: PE	CEP: 56900-000
		Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 27.349 X

(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.

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 cobertura 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.

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: Serra Talhada 03/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): Maria Rita Barbosa Fleury

Assinatura do Procurador (se houver): Maria de M. S. Cavalcante

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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. **19E0267001522**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2019** às **11:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **26/1/2018** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO PONTA DA SERRA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**

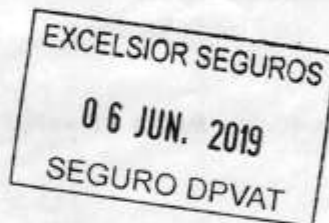
/BRASIL Próximo a: **ZONA RURAL, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**

/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
OSMAR JOAQUIM DOS SANTOS (OUTRO)
ELVIS BARBOSA DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSMAR JOAQUIM DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALMIRA ANIETA DOS SANTOS BELO Pai: JOAQUIM FRANCISCO MELO Data de Nascimento: 7/11/1977 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1760136/SSP/DF (RG), 80758657153 (CPF), 04261212690 (CNH) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 087981261919

Residencial: **QUADRA 48, LOTE 18 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BAIRRO VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL**

ELVIS BARBOSA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA RITA BARBOSA JUREMA Pai: HOSANY JOAQUIM DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/10/2002 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 12906570419 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Telefones Celulares: - 087981102182

Residencial: **SÍTIO PONTA DA SERRA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: ZONA RURAL, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAR JOAQUIM DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGI7003** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **518462307** Chassi: **9C2JC4110DR111107**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE ELIANE LENICE DE SOUZA, CPF Nº 049.471.034-93**

Complemento / Observação

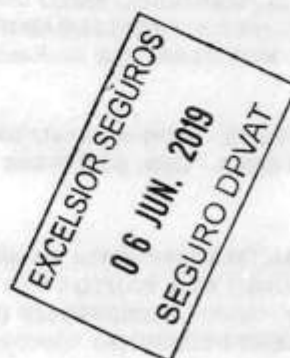
COMPARECERAM A ESTA DEPOL AS PESSOAS ACIMA QUALIFICADAS COMUNICANDO A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE ELVIS, MENOR DE IDADE, É SOBRINHO DE OSMAR; QUE NO DIA 26/01/2018, OSMAR CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO LEVANDO ELVIS COMO PASSAGEIRO PELA ESTRADA CARROÇÁVEL NO SÍTIO PONTA DA SERRA, ZONA RURAL DESTA CIDADE, QUANDO EM UMA CURVA O PNEU DO VEÍCULO DERRAPOU E O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAÍREM; QUE OSMAR NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO, APENAS ELVIS LESIONOU-SE; QUE OSMAR SOCORREU O SOBRINHO ELVIS AO HOSPAM, ONDE ESTE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO ÊNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO HOSPAM Nº 165; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELVIS SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO.

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

**OSMAR JOAQUIM DOS SANTOS
(OUTRO)**

**ELVIS BARBOSA DOS SANTOS
(VITIMA)**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	129.065.704-19	Elvin Barboza dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Elvin Barboza dos Santos		
Profissão: Estudante	Endereço: 51 Ponta da Sereia	CPF: 129.065.704-19
Bairro: Zona-vernal	Cidade: Serra Talhada	Número: 935 Complemento: casa
E-mail:	Estado: PE	CEP: 56900-000
		Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 27.349 X

(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.

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 cobertura 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.

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: Serra Talhada 03/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): Maria Rita Barbosa Fleury

Assinatura do Procurador (se houver): Maria de M. S. Cavalcante

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Pernambuco
MUNICÍPIO DE Serra Talhada
DISTRITO DE Jauapiranga

NASCIMENTO Nº 4482

Eu, Rita Gomes de Oliveira OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 140 do livro "A" Nº 22 do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de Elvis Barboza
dos Santos

nascido aos ante e oito de Outubro
de dois mil e dois

às duas horas, em Serra Talhada - Per
nambuco do sexo masculino de cor parda
filho de Elvany dos Santos

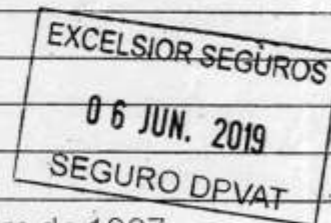
e Maria Rita Barboza junior
sendo avós paternos Joaquim Francisco Belo e
Almira Ariete dos Santos Belo

e avós maternos Numeriano Silveira Junior
e filha Barboza Junior

foi declarante O genitor

e serviram de testemunhas Pierre Cristiano de Lima
e Paulo Alexandre Lopes de Mascarenhas

Observações: Registrado aos 19 de Novembro de
2002. Os pais são brasileiros agricultores
residentes em Fazenda Santa do Serra de
este distrito



Registro de acordo com lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O Referido é verdade e dou fé.

Jauapiranga, 19 de Novembro de 2002.

Rita Gomes de Oliveira
OFICIAL

Serra Talhada

2002

EXCELSIOR SEGUROS

06 JUN. 2019

SEGURO DPVAT

98110-2182.



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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

165

Data: 16.06.18	Hora: 19:49		
Nome: Elvin Barbosa dos Santos			
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 5ª série	Profissão: Agricultor		
Mãe: Maria Rita Barbosa Yurema	Responsável:		
Endereço: Rua Ponta da Serra			
Bairro: Zona Rural	Município: S. Talhada	Fone: 98126-1919	
Cartão SUS: 706.3047.7979.6475	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda ☒
		Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Tram na clavícula E + Pulso E h⁺ ±
02.
Nup porta de consciência em vômito.
P. consciente, orientado, inquieto, glosso 15.
Dx + abom na dorsal E - Pulso E.
Nup br na outro segmento.

Tratamento:

Rx de Dorilo E AP
Rx de Torax AP
Rx de Pulso E AP. Pqil
Tb Luv. 0 E
Tqoi. 0 E
Encomenda para Limpo.
Orientar + Pulso

Hipótese Diagnóstica:

Fraqueza Clavícula E
Contusão Pulso E

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ém K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15326

Destino do Paciente:	Internado	Residência	☒ Transferido	Evasão
----------------------	-----------	------------	---	--------

Removido para o hospital:

A. S. V.

Óbito às

hrs do dia

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: 09/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA RITA BARBOSA JUREMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000027349-X

Nr. da Autenticação C66E575BD94499D3

**CELPE****NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.833.922/0001-08 | Insc. Est. 0005043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOAQUIM FRANCISCO BELO

CPF: 273.445.764-49

CLARIFICAÇÃO
B3 RURAL
RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI PONTA DA SERRA 935 SERRA
TALHADA - RURAL

SERRA TALHADA RURAL/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58900-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2277912018	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO
17/04/2019	10/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	58,65

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
057589534	UNICA	10/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/04/2019	2001240832	3889532

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	103,000000	0,54135527	55,75
ICMS Subvenção-CDE-NF 046331244-11/01/19			0,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 050018261-11/02/19			0,43

TOTAL DA FATURA 58,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
201153021	CA1	13-03-2019	10.277,00	10-04-2019	10.480,00	36	1,50000		103,00

HISTÓRICO DE CONSUMO**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	55,75	25,00
PIS	55,75	1,36
COPINF	55,75	2,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Carga de Energia	18,82	30,17%
Transmissão	2,49	4,17%
Distribuição (Celpe)	11,54	20,00%
Perdas de Energia	3,56	6,07%
Encargos Setoriais	3,00	5,30%
Outros	18,14	32,53%
Total	58,75	100%

APROPRIACIÕES

Consumo Ativo (KWH) 0,3630000

RESERVOADO AO FISCO

485B 6515 808B 9321 CC87 FBB3 300E 95C0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo e na forma de pagamento estabelecidos no contrato. A partir de 2019, a tarifa de energia elétrica será cobrada em 27 parcelas, sendo a primeira parcela cobrada no mês de março de 2019. O cliente é responsável por verificar a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em até 30 dias após a data de vencimento da fatura. A tarifa de energia elétrica é cobrada em 27 parcelas, sendo a primeira parcela cobrada no mês de março de 2019. O cliente é responsável por verificar a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em até 30 dias após a data de vencimento da fatura.

As condições gerais de fornecimento estão disponíveis em: www.celpe.com.br. Para mais informações, consulte o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 00 00 00.

QUANTIDADE E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Indicador	VALOR ATUALIZADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE DIÁRIO
DIU	0,00	11,30	33,81	45,22
FID	0,00	7,39	15,19	30,39

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	Limite mínimo	Limite máximo
220	200	231	

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Rita Barbosa Fuxema inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.100.974/10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Rita Barbosa Fuxema

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.100.974/10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Jeru Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD): <u>37-9634-4907</u>

Local e Data: Jeru Talhada 31/05/2019

Rosana de M. S. Cavalcante
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: 0800-1596 / 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, Eliane Lenice de Souza

RG nº 6789869, data de expedição 12/01/2001

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 049.441.034-93

com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

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

RD 48 18 Conjunto Habitação 0004 nº 4

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

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

Elvin Barbosa dos Santos, cujo o condutor era

Osmar Joaquim dos Santos

Veículo: Motocicleta Modelo: Nonda/CG 125 FAN RS Ano: 2013

Placa: PG1 7003 Chassi: 9C2JC4110DR11107

Data do Acidente: 26/01/2018

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT



Eliane Lenice de Souza

Assinatura do Declarante

Osmar Joaquim dos Santos

Assinatura do Condutor

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

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

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de ELIANE LENICE DE SOUZA. Dou Fé. Serra Talhada - PE, em 29/04/2019, da verdade () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. R\$ 3,19 TSMR-R\$ 0,80 FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.SAX04201901.03715 02/05/2019 15:38:54
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

EXCELSIOR SEGUROS

06 JUN. 2019

SEGURO DPVAT

98110-2182.



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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

165

Data: 16.06.18	Hora: 19:49		
Nome: Elvin Barbosa dos Santos			
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 5ª série	Profissão: Agricultor		
Mãe: Maria Rita Barbosa Yurema	Responsável:		
Endereço: Rua Ponta da Serra			
Bairro: Zona Rural	Município: S. Talhada	Fone: 98116-1919	
Cartão SUS: 706.3047.7979.6475	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda ☒
		Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Tram em dor de cabeça E + dor E li ±
02.
Nas partes de compressão ou vento.
P. Comente, orientação, inquirido, glóssos 15.
D. + abom em dor de E - Pulso E.
Nas de em outro segmento.

Tratamento:

Rx de Dor de E AP
Rx de Tórax AP
Rx de Pulso E AP. Pqil
Tb. Luv. o E
Tqoi. o E
Encomenda para Limpo.
Orientar + pulso

Hipótese Diagnóstica:

Fraqueza de dor de E
Contrito Pulso E

Carimbo e Assinatura:

Dr. E. K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15326

Destino do Paciente:	Internado	Residência	☒ Transferido	Evasão
----------------------	-----------	------------	---	--------

Removido para o hospital:

A. S. V.

Óbito às hrs do dia

VEH
16/01/18
Acid. Hipo
Hiperico

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN 2019
SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data: _____ Hora: _____

Paciente: _____

Outras queixas: _____

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

Exames Solicitados:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
① SF 0,9% 500 ml EV		
② Parol 01 mg + ADOL 1/2 EV		
③ Difenidramina 2 mg + ADOL 1/2 EV		
④ Ketorolac 40 mg + ADOL 1/2 EV		
⑤ Dexametasona 0,5 mg IV		
Dr. Eric K. de Carvalho Traumatologia-Ortopedia		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 706304779796475	6 - SIS PRE NATAL
7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000150869
9 - NOME DO PACIENTE ELVIS BARBOSA DOS SANTOS	10 - DATA DE NASCIMENTO 28/10/2002
11 - SEXO Masculino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA RITA BARBOSA JUREMA
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) FAZ PONTA DA SERRA	14 - DDD 15 - TELEFONE DE CONTATO (87) 98126-1919
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF PE 19 - CEP 56903-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Para o paciente Sr. Elvis, deprimido de personalidade, com quadro de depressão, dor no membro superior direito, ativo e operário.

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

Exames de laboratório e de imagem.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Depressão e dor no membro superior direito.

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S420

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408040150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Rodrigues de Freitas

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/01/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Mauriciana Pereira Pereira

CPF: 030.4.8.904-41

CRM: 16278

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO DO CONSELHO)

Dr. Pereira de Almeida Moisés

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

061810498797

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

22.01.18

DATA DA ALTA:

25/01/18

EXCELSIOR SEGUROS

25 JUN. 2019

SEGURO DPVAT

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

17/01/18 14:11

MÉDICO SOLICITANTE:

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Nº SOLICITAÇÃO

405527

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

V. DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

28/12/1992

SEXO:

M. MASculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA RITA BARDOZA JUREMA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

ZONA RURAL, FAZENDA PONTA DA SERRA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

CAD. REGISTRO EMPIRICO:

2613908,00

PE

CPF:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

DATA DE ENTREGA:

22/01/18 09:52

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:

POLYANNA ROSSANA NEVES DA SILVA

TIPO LEITO:

CIRURGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

22/01/18 07:10

MÉDICO AUTORIZADOR:

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	17/01/2019 14:11
MÉDICO SOLICITANTE:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL DO CONSELHO:
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA	CRM - 015628

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO:
ELVIS BARBOZA DOS SANTOS	405857
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO:
	23/10/1992
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	SEXO:
MARIA RITA BARDOZA JUREMA	Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	TELEFONE DE CONTATO:
ZONA RURAL, FAZENDA PONTA DA SERRA	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IBGE MUNICÍPIO:
SERRA TALHADA	2615009
	UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
TRAUMA EM CLAVÍCULA ESQUERDA + PUNHO ESQUERDO HÁ +- 01 D.A. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, GLASSGOW 15. DOR + EDEMA EM CLAVÍCULA E PUNHO E. NEGA DOR EM OUTRO SEGMENTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
RX DE CLAVÍCULA E AP RX DE TORAX AP RX DE PUNHO E AP E PERFIL

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIAS:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
CÓD. ORÇÃO EMISSOR:	

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Profissional Evolução
17/01/18 14:11	ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição Solicitação Leito	

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo Utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
17/01/18 14:11	Em digitação	01:01:46	ANAIS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
17/01/18 14:11	Aguardando Regulação		ANAIS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Aterida situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário

DADOS REJEIÇÃO

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

— OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 22/01/2018		Nº Registro: 000150869	
Identificação do Paciente: ELVIS BARBOSA DOS SANTOS		203 - TRAUMA, MASC. 01	
Data Nascimento: 28/10/2002	Idade: 15	Sexo: Masculino	Cor: Sem Informação
Estado Civil: Separado(a)	Profissão:	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Pai: JOAQUIM DOS SANTOS		Mãe: MARIA RITA BARBOSA JUREMA	
Endereço: FAZ PONTA DA SERRA		SN	
Endereço: ZONA RURAL	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 98126-1919

EMENTAS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐
 Homicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Iden:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

História pessoal de SA, de preferência
 de preferência de SA, de preferência
 de preferência de SA, de preferência
 de preferência de SA, de preferência
 de preferência de SA, de preferência

Diagnóstico Inicial

Fratura de fêmur

A.D.T

Diagnóstico Final

FRAT. CERVICAL (S)

INDICAÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Alimentado ☒	Decisão Médica ☒
Alterado ☐	Alta a Pedido ☐
Tratado ☐	Transferência ☐
Alto+48h ☐	Evasão ☐
Alto-48h ☐	Indisciplina ☐

Alto em: / /

Data do Internamento:

Data da Alta:

Local:

22/01/18
 25/1/18
 Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7351
 652.003-25

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

PEDRO A.

2º Auxiliar:

Anestesista:

PEDRO B.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCE OM DM
- ② ASPECTO / ANTERIOR
- ③ ASPECTO CAMPO EXTERNO
- ④ ANESTESIA SUPRACLAVERAR ⑤
- ⑥ Redução espinha
- ⑦ Fixação C1 F50 K
- ⑧ LMO C1/50, 3x.
- ⑨ SUTURA + CURATIVO

Assinatura do Cirurgião

93110-2182



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

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

Nome: Edson Barbosa dos Santos

E comprometimento

250
15

4 Traumatologia. São Vicente

Re:

Fratura L. Ulnar E.

L-1 L.

Hemograma + TP/APT + INR

Solicitação 22/01/18

Colina
23/01

Dr. Élio K. de Carvalho
Traumatologia
CRM 15426

Data: 22/01/18

Médico - CRM



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

129.065.704-19

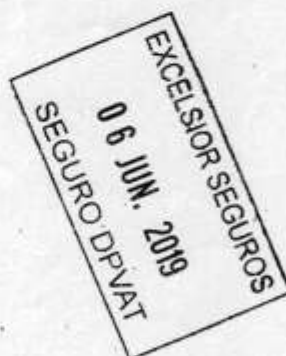
Nome

ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Nascimento

28/10/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190367592 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS BARBOZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480

EXCELSIOR SEGUROS

06 JUN. 2019

SEGURO DPVAT

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

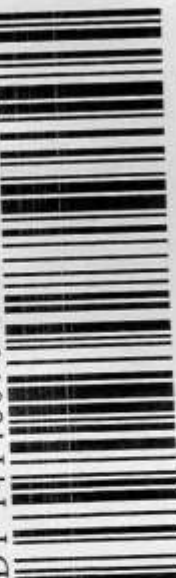
RECIFE-PE

50.030.000



PESQ (kg) 25

DY 14146090 5 BR



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190367592

Vítima: ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA RITA BARBOSA JUREMA

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