



Número: **0000866-40.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELVIS BARBOZA DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71218363	18/11/2020 14:02	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01427/01428 - carta_03 - INVALIDEZ

00050714



Carta nº 14458735





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, 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





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:		Endereço:		CPF:	
Estudante		Slupenta da Serra		129.065.704-19	
Bairro:		Cidade:		Número:	
Zona rural		Serra Talhada		935 casa	
E-mail:				CEP:	
				56900-000	
				Tel. (DDD):	
				34-9634-4907	
Declaro, para todos os efeitos legais, que a(s) vítima(s) acima mencionada(s) é(são) a(s) pessoa(s) física(s) que sofreu(ram) o sinistro.					

RENTA MENSUAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 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

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 discordo do seu conteúdo.

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:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 de sistema de segurança

Local e Data: Serra Talhada 03/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001522**

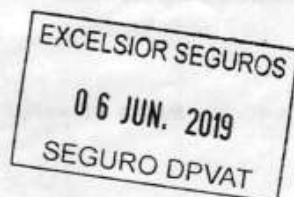
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2019** às **11:18**

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 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: **1ª. 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**

25/04/2019 11:11



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

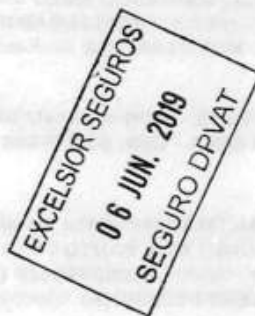
COMPARECERAM A ESTA DEPOL AS PESSOAS ACIMA QUALIFICADAS COMUNICANDO A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE ELVIS, MENOR DE IDADE, É SOBRINHO DE OSMAR; QUE NO DIA 26/01/2018, OSMAR CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO LEVANDO ELVIS COMO PASSAGEIRO PELA ESTRADA CARROÇÁVEL NO SÍTIO PONTA DA SERRA, ZONA RURAL DESTA 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, EN CERRO.

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**



25/04/2019 11:11



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	Elvino Barboza dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Elvino Barboza dos Santos		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Estudante	51 Ponta da Serra	129.065.704-19
Bairro:	Cidade:	Número:
zona-ruiral	Serra Talhada	935
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	56900-000
		Tel.(DDD):
		34-9634-4904

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

RENTA 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: 10618 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 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 acidente.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:

Local e Data: Serra Talhada 03/06/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

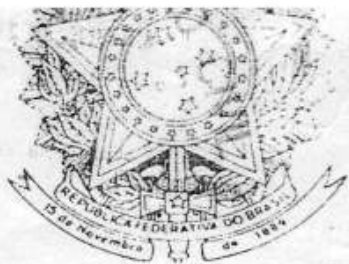
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

maria Rita Barboza Ferreira Raimundo 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 Wagner Gomes dos Santos

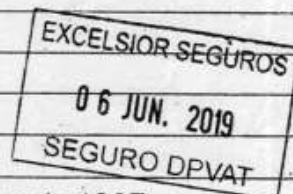
e Maria Lúcia Barbosa Junior
sendo avós paternos Joaquim Francisco Belo e
Almira Ariete dos Santos Belo

e avós maternos Numeriano Silvano Ferreira
e filha Barbosa Ferreira

foi declarante O genitor
e serviram de testemunhas Picira 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 des-
te 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 - Pernambuco

CARTÓRENSE



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: 06.06.18	Hora: 09:49		
Nome: ELLEN BARBOSA DOS SANTOS			
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M	Estado Civil: Solteira	
Escolaridade: 5ª série	Profissão: Agricultor		
Mãe: Maria Rita Barbosa Yunesma	Responsável:		
Endereço: Rua Ponta da Serra			
Bairro: Zona Rural	Município: S. Talhada	Fone: 98116-1919	
Cartão SUS: 206.3047.4979.6475	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela Indígena

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

História e Exame Físico:

Tram na dor lateral E + pulm E h ±
O2.
Nyx pto de consciência em vômito.
Pm consciente, orientação, inquirido, Glasgow 15.
Dx + abax na dor lateral E - pulm E.
Nyx br na outro segmento.

Tratamento:

Rx de Dor lateral E AP
Rx de Torax AP
Rx de Pulm E AP. Pijil
Tto Luv. o E
Tqoi. o E
Enxameado para Limpo.
Orientar + Pulm E

Hipótese Diagnóstica:

Faturo Dor lateral E
Contusão Pulm E

Carimbo e Assinatura:

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

Destino do Paciente:	Internado	Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	Evasão
Removido para o hospital: A S. C.				
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



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

CELPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-900
CNPJ 10.833.332/0001-08 | Ins. Est. 1505943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
Joaquim Francisco Belo

CPF 273.445.764-49

CLASSIFICAÇÃO
B2 - RURAL
RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 PONTA DA SERRA 935 SERRA TALHADA - RURAL

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

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

MÉDIO
04/2019
CÁLCULO MENSAL RESIDUAL LITRAS
10/05/2019

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
05758534	UNICA	10/04/2019

DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
10/04/2019	2001240832	368532

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	102,0000000	0,54195627	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

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

95.65

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LETTERA	DATA	ATUAL LETTERA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)	
201153021	CAT	19-03-2019	12	277,20	10-04-2019	10	400,00	36	1,0000	102,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mês/Ano (M/A)	Consumo (kWh)
ABR 19 103	
MAR 19 105	
FEV 19 103	
JAN 19 110	
DEZ 18 86	
NOV 18 107	
OUT 18 85	
SET 18 93	
AGO 18 117	
JUL 18 84	
JUN 18 88	
MAY 18 81	
ABR 18 88	

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	55,75	25,00
PIB	55,75	1,35
COPINS	55,75	8,21

Descrição do Consumo	R\$	%
Cargos de Energia	18,83	30,17%
Transmissão	2,49	4,17%
Distribuição (Celpe)	11,54	20,00%
Perdas de Energia	3,66	6,37%
Energia Setorial	3,00	5,30%
Tratativa	18,14	32,53%
Total	68,75	100%

REPERCUSSÃO FISCAL

Consumo 48-100%

0,36300000

RESERVAÇÃO AO FISCO

489B 8515 808B 9321 CDB7 FB83 300E 850D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo de 5 dias após a emissão da nota fiscal, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a conta em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a conta em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

NOTA FISCAL

NOTA FISCAL Nº 05758534, emitida em 10/04/2019, pelo CELPE, para o cliente Joaquim Francisco Belo, com o valor de R\$ 58,65. Esta nota fiscal é emitida em conformidade com a legislação vigente e não constitui documento de pagamento.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

TIPO DE INTERRUPTÃO	VALOR MÁXIMO (min)	VALOR MÁXIMO (h)	VALOR MÁXIMO (dia)
INTERRUPÇÃO PLANEJADA	15	1	1
INTERRUPÇÃO NÃO PLANEJADA	30	2	2

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR MÁXIMO (V)	VALOR MÁXIMO (h)
220	231	231



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Nº 9.613/98.

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>Jejea Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD): <u>37-9634-4907</u>

Local e Data: Jejea Talhada 31/05/2019

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017





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, 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)
QD 48 18 Conjunto Habitação Ode 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



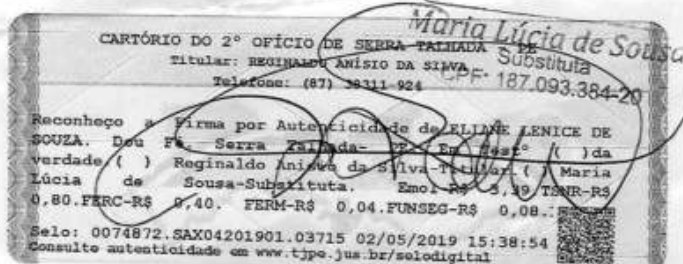
Eliane Lenice de Souza

Assinatura do Declarante

OSMAR JOAQUIM DOS SANTOS

Assinatura do Condutor

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



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: 06.06.18	Hora: 19:49		
Nome: ELVEN BARBOSA DOS SANTOS			
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 5ª série	Profissão: Agricultor		
Mãe: Maria Rita Barbosa Ferreira	Responsável:		
Endereço: Rua Ponta da Serra			
Bairro: Zona Rural	Município: S. Talhada	Fone: 98116-1919	
Cartão SUS: 206.3047.7979.6475	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela Indígena

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

História e Exame Físico:

Tram na dor de E + Pul E L ±
O2.
Nga pto de consciência em vômito.
Pm consciente, orientação, inquirido, Glasgow 15.
Dr + abem na dor de E - Pul E.
Nga br na outro segmento.

Tratamento:

Rx de Dor de E AP
Rx de Torax AP
Rx de Pul E AP. Pijil
Tob. Luv. o E
Tio. o E
Enxerto para Limpo.
Orientar + Pul E

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Clavícula E
Contusão Pul E

Carimbo e Assinatura:

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

Destino do Paciente:	Internado	Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	Evasão
Removido para o hospital: A S. C.				
Óbito às		hrs do dia		



VEH
16/01/18
Acid. Mito
Hapato

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data: _____ Hora: _____

Paciente: _____

Outras queixas:

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
① SF 0,9% 500 ml EV 1x		
② Phol 01 mg + AD 01 mg EV		
③ Difenidramina 2 mg + AD 01 mg EV		
④ Telit 40 mg + AD 01 mg EV		
⑤ Dexamet 01 mg 1x		
Dr. Eric K. de Carvalho Traumato-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
9 - NOME DO PACIENTE ELVIS BARBOSA DOS SANTOS	7 - SENHA/REGULAÇÃO
10 - DATA DE NASCIMENTO 28/10/2002	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000150869
11 - SEXO Masculino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA RITA BARBOSA JUREMA
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) FAZ PONTA DA SERRA	14 - DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 98126-1919
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
17 - UF PE	18 - CEP 56903-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
22 - CID. 10 PRINCIPAL
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
28 - CLÍNICA	29 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASS. E CARGO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	

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 (MÉDICO RESPONSÁVEL)
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
MOTIVO DA ALTA:	
CARACTER DA INTERNAÇÃO:	
DATA DA INTERNAÇÃO:	
DATA DA ALTA:	

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:

405567

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

28/12/1992

SEXO:

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

COD. REGISTRO DE ENDERECO:

2613906,00

UF:

PE

CNPJ:

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:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

22/01/18 07:57

MÉDICO AUTORIZADOR:





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

17/01/2019 14:11

MÉDICO SOLICITANTE:

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

ASSINATURA E CARRETO DO MEDICO PROPRIO DO CONSELHO:

CRM - 015626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

405857

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

29/10/1992

SEXO:

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

COD. IBGE MUNICÍPIO:

2615909

UF:

PE

CEP:

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, GLASGOW 15.
DOR + EDEMA EM CLAVÍCULA E PUNHO E.
NEGA DOR EM OUTRO SEGMENTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS EXATOS 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 SECUNDÁRIO:

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. ÓRGÃO 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	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
17/01/18 14:11	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Aterada 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

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Incêndio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Idade:			

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
 História pessoal de SA, de pedi-
 lade, de acidente de trânsito, com
 dor e hematomas de abd. e membros
 inferiores e

Pragmático Inicial: Trauma abdominal e

A.D.T.

Pragmático Final: FRAT. CAUSADA (5)

INDICAÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA	
Alimentação [X]	Decisão Médica [X]	
Alterado []	Alta a Pedido []	
Tratado []	Transferência []	
Alto+48h []	Evasão []	
Alto-48h []	Indisciplina []	

Data do Internamento: 22/01/18
 Data da Alta: 25/1/18
 Local: Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7351
 52.003-25




Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
---------------------	--	---------------------

Data:	Início:	Término:
-------	---------	----------

Cirurgião:
1º Auxiliar: PEDRO A.
2º Auxiliar: PEDRO B.
Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCE EM DM
- ② ASPECTO / ANTERIOR
- ③ ASPECTO LATERAL INTERIOR
- ④ ANESTESIA SUPRACLAVICULAR ⑤
- ⑥ Redução da massa
- ⑦ Fixação CI. FSO K
- ⑧ LMO. C/ SFO, 3x.
- ⑨ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião





93110-2182
HOSPAM HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: Edson Barbosa dos Santos

E comitamento

250
15

4 Traumatologia. São Vicente

Re:

Fratura L. Clavical E.

L-1 L.

Hemograma + TP/APT + INR

Solicitação 22/01/18

Colina

23/01

Dr. Érico K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
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

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSSID
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF
 6870802 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FILIAÇÃO
 ARCELO FERRIRA DA
 SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 0493589409

VALIDADE
 18/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
 06/05/2010

DESCRIÇÕES
 A

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 47011846458
 PRO43050153

DETRAN - PE - FERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
 06 JUN. 2019
 SEGURO DPVAT



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 1425

DY 14146090 5 BR

SEDEX



DH

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURO DPVAT





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, 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

Carta nº 14421780

