



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
71218 363	18/11/2020 14:02	<u>ANEXO 1</u>	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



Carta nº 14458735



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 1



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

Pag. 00901/00902 - carta_15R - INVALIDEZ



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
129.065.704-19 Glávio Barbosa dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Glávio Barbosa dos Santos		
Profissão: Estudante	Endereço: S1 upenta ida Gerra	CPF: 129.065.704-19
Bairro: Zona - rural	Cidade: Gerra Galhada	Número: 935
E-mail:	Estado: PE	Complemento: Jcava
CEP: 56900 - 000	Tel.(DDD): 87 - 9634-4904	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<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

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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1061 CONTA: 27.349

(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 de invalidez permanente 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 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: 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: Vivos: Falecidos: 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/beneficiário beneficiário (declarante)

Local e Data: Gerra Galhada 03/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) maria Rita Barbosa Gómez Popo de M. S. Cavalcante
 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**

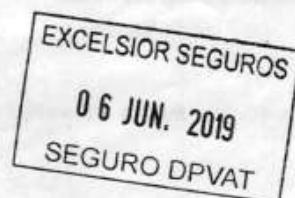
/BRASIL Próximo a: **ZONA RURAL, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**

/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: **MUNICÍPIO 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**

25/04/2019 11:11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>

Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 4

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 N° 049.471.034-93**

Complemento / Observação

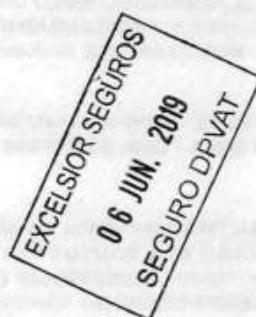
COMPARECERAM A ESTA DEPOL AS PESSOAS ACIMA QUALIFICADAS COMUNICANDO A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE ELVIS, MENOR DE IDADE, É SOBRINHO DE OSMAR; QUE NO DIA 26/01/2018, OSMAR CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO LEVANDO ELVIS COMO PASSAGEIRO PELA ESTRADA CARROÇÁVEL NO SÍTIO PONTA DA SERRA, ZONA RURAL DESTA CIDADE, QUANDO EM UMA CURVA O PNEU DO VEÍCULO DERRAPOU E O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIREM; QUE OSMAR NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO, APENAS ELVIS LESIONOU-SE; QUE OSMAR SOCORREU O SOBRINHO ELVIS AO HOSPA, ONDE ESTE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO ÉNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO HOSPA N° 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**



25/04/2019 11:11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 5



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 Glávio Barbosa dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Glávio Barbosa dos Santos		
Profissão: Estudante	Endereço: S1 upenta ida Gerra	CPF: 129.065.704-19
Bairro: Zona - rural	Cidade: Gerra Galhada	Número: 935
E-mail:	Estado: PE	Complemento: Jcava
	CEP: 56900 - 000	Tel.(DDD): 87-9634-4904

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

RENDIMENTO MENSAL:

<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

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 CONTA: 27.349

(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 de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

EXCELSIOR SEGUROS

06 JUN. 2019

SEGURO DPVAT

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 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

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): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: 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 no documento

Local e Data: Gerra Galhada 03/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

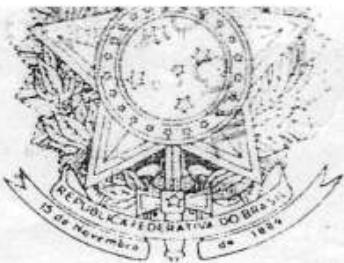
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Maria Rita Barbosa Ferreira Poppe 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 N° 4482

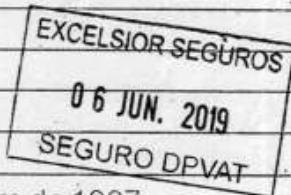
Eu, Rita Gomes de Oliveira OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 140 do livro "A" N° 22, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de Elvis Barbosa
dos Santos.

nascido aos vente e oito de Outubro
de dois mil e dois
às deusas horas, em Serra Talhada, PE
masculino do sexo masculino, de cor parda
filho de Elizângela Barbosa dos Santos
e Maria Rita Barbosa júnior,
sendo avós paternos Joaquim Francisco Belo e
Alonra Aneite dos Santos Belo
e avós maternos Numeriano Silvino Guerina
e filha Barbosa Guerina.

foi declarante ogenitor
e serviram de testemunhas Picote Leistano de Lima
e Paulo Alexandre Bopes de Lacerda.

Observações: Registrado em 19 de Novembro de
2002. Os pais são brasileiros agricultores
residentes em Fraterna, Santa do ferro, des
te distrito.



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

CARTORÉNSE

O Referido é verdade e dou fé.

Sacipetanha, 19 de Novembro de 2002.
Rita Gomes de Oliveira OFICIAL

Serra Talhada - Pernambuco



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

Data: 16.01.18	Hora: 19:49	Nº: 165			
Nome: Flávia Barbosa dos Santos					
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M	Estado Civil: Solteira			
Escolaridade: 5ª Série	Profissão: Agricultor				
Mãe: Maria Rita Barbosa Ferreira	Responsável:				
Endereço: Faz. Fazenda da Serra					
Bairro: Fazenda Rural	Município: S. Joaquim da Barra	Fone: 98126-1919			
Cartão SUS: FCG-3047-4779-6475	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	
História e Exame Físico: Trau. na faculdade + pulm. E hér. + Orl. Nsg. prato + canecinho no vento. Pm. consciente, orientação, imposta, glagol 15. Dr. + dor na faculdade + pulm. E. Nsg. dor no outro segmento.					

Tratamento: Rx 1. Desvio E AP Rx 1. Toux AP Rx 1. Pulm. E AP. Pijol Tbc. lary. o. E Encravado nos limpos. Orl. + pulm.	
---	--

Hipótese Diagnóstica: Fratura clavicular E Contusão pulm. E		Carimbo e Assinatura: Dr. Enio K. de Carvalho Traumato-Ortopedia CRM 15926
--	--	--

Destino do Paciente:	Internado	Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	Evasão
Removido para o hospital: 2. S. J.				

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 9



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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, APPLICAR 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 Elita Barbosa Furema inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.100.974/10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Elita Barbosa Furema

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>laca</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>Feira Talhada</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56912-130</u>

Tel.(DDD): 37-9634-4907

Local e Data: Feira Talhada 31/05/2019

Assinatura do Declarante

Rosana de M. S. Cavalcante

DLDRL.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 Ouvintoria: 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 Malhada po 00000 41,
complemento Vasca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elvins Barbosa dos Santos, cujo o condutor era
Ismael Joaquim dos Santos.

Veículo: Motocicleta Modelo: renda/cg125 FAN RS Ano: 2013

Placa: PG1 4003 Chassi: SC2JC4110DR111107

Data do Acidente: 26/01/2018

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

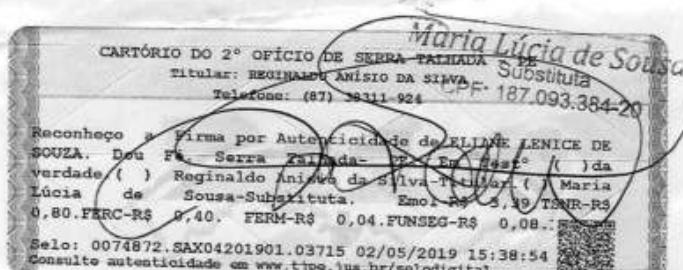


Eliane Lenice de Souza

Assinatura do Declarante

Ismael 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 Substituta
Telefone: (87) 39311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade da ELIANE LENICE DE SOUZA. Dado F. Serra Talhada-PE. Em testemunha: () da verdade () Reginaldo Anísio da Silva Substituta. () Maria Lúcia de Souza-Substituta. Emol. R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. Total R\$ 1,24.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>

Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 12

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: 16.01.18	Hora: 19:49				
Nome: Flávia Barbosa dos Santos					
Nascimento: 28.10.02	Sexo: M				
Escolaridade: 5º Série	Profissão: Agricultor				
Mãe: Maria Rita Barbosa Ferreira	Responsável:				
Endereço: Rua 7 Ribeira da Serra					
Bairro: Fazenda Rural	Município: S. Joaquim da Barra				
Cartão SUS: 426.3047.7979.6475	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

PA: P脉 HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

Tran. m. facial E + pulm E h/rt
Ox. Nao visto o comecio on vento.
Pm. Consciente, orientação, apreço, floscer 15.
Tr. + tran m. facial E - pulm E.
Nao tr. m. outro segmento.

Tratamento:

Rx d. Desvio E AP
Rx d. Tonsil AP
Rx d. Pulm E AP. Pijol
Tbc. Lax. o. E
Enemas Tp. o. B
Oral + pulm.
Oral + pulm.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura clavicular E
Contusão pulm E

Carimbo e Assinatura:

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

Destino do Paciente:	Internado	Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	Evasão
Removido para o hospital:	S. S. 10			
Óbito às	hrs do dia			



VEH
16/03/18
Acid. 1100
Mopat

16 JUN 2019
EXCELSIOR SEGUROS
SEGURÓ DPVAT

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURÓ 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 Eu	9h	
② Phoril 0,9% + 1101 Eu	10h	
③ Difegam 2,9% + 1101 Eu	12h	
④ Difegam 40 ml + 1101 Eu	14h	
⑤ Diclofenac 0,05% 100		

Dr. Enio K. de Sávalho
Traumatologista

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	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
706304779796475			000150869
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
ELVIS BARBOSA DOS SANTOS	28/10/2002	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
MARIA RITA BARBOSA JUREMA	(87) 98126-1919		
14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF
FAZ PONTA DA SERRA	SERRA TALHADA	PE	18 - CEP
		56903-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	Justificativa da Internação		
<p>Força perdeu o uso, devido de necessidade de convalescência devido a dor de hinchada de estômago e órfão e</p>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL		
Fractura clavicular	5420		
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

26 - DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
Fractura clavicular		27 - COD. DO PROCEDIMENTO	040800150
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
203 - TRAUMA MASC.01		[X] CNS [] CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
Antônio Rodrigues de Freitas CRM: 343 CPF: 058.552.002-26	22/01/2018	Mauriciana Pereira de Freitas CPF: 030.4.8.99-41 CRM: 18275	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA
[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO	39 - N° DO BILHETE
[] DESEMPREGADO	[] APOSENTADO	[] INATIVO	40 - SÉRIE
[] VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	[] DESEMPREGADO	[] APOSENTADO	41 - CNPJ DA EMPRESA
[] INATIVO	[] INATIVO	[] INATIVO	42 - CNAE DA EMPRESA
[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO	43 - CBOR
[] DESEMPREGADO	[] APOSENTADO	[] INATIVO	

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
[] EMPREGADO		
[] EMPREGADOR		
[] AUTÔNOMO		
[] DESEMPREGADO		
[] APOSENTADO		
[] INATIVO		
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
[] CNS	[] CPF	06180458797
		-2
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	MOTIVO DA ALTA:
/ /	Ho. Pec. de 12/01/2018 CPF: 153.272.314-15 CRM: 8602 Médico Autorizado	02
		DATA DA INTERNAÇÃO: 22/01/18
		DATA DA ALTA: 28/01/18

EXCELSIOR SEGUROS
25 JUN. 2019
SEGURO DPVAT





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE:
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
17/01/18 14:11

Nº SOLICITAÇÃO:
405667

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
28/11/1992

Nº DO PRONTUÁRIO:
F/ASQULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA RITA BARBOZA JUREMA

TELEFONE DE CONTACTO:

ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO):
ZONA RURAL, FAZENDA PONTA DA SERRA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

CÓD. INSCRIÇÃO FIPRO:
2613906,00

PE

SP

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE SORTEADA:
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 SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE ALTA DO PAC.

MÉDICO AUTORIZADOR:



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMEMON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/01/2013 14:11

MÉDICO SOLICITANTE

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

FECHAMENTO E CARREGAMENTO DO PRONTUÁRIO DO CONSELHO: CRM - 015928

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

NF DO PRONTUÁRIO: 405957

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1992

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONDETE: MARIA RITA BARDOZA JUREMA

TELEFONE DE CONTACTO:

ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): ZONA RURAL, FAZENDA PONTA DA SERRA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA

COD. ICD-10 MUNICÍPIO:

3615009

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 VOMITO.
CONSCIENTE, ORIENTADO, EJPNEICO, GLASGOW/15.
DOR + EDEMA EM CLAVÍCULA E PUNHO E.
NEGA DOR EM OUTRO SEGMENTO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO EM EXAMES RELEVANTES):

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: _____ DOCUMENTO: _____ N° DOCUMENTO (CNIS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____
URGÊNCIA (X) CNS CPF

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____ DATA DE AUTORIZAÇÃO: _____

TIPO DE LEITO: _____ ESPECIALIDADE: _____

MÉDICO AUTORIZADOR: _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

DOCUMENTO: _____ N° DOCUMENTO (CNIS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: _____
(X) CNS CPF

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	Observações
17/01/18 14:11	Em digitação	0h:0m:4s	ANACSHOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
17/01/18 14:11	Aguardando Regulação	0h:0m:4s	ANACSHOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada 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



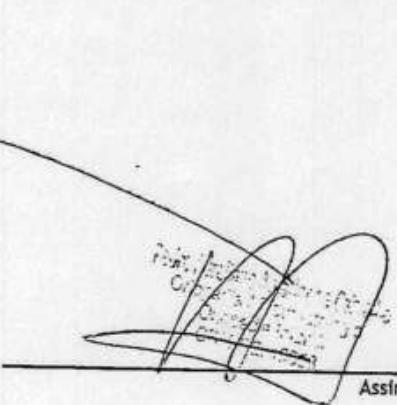
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 19

Hospital São Vicente

Data do Atendimento:		22/01/2018		Nº Registro:	000150869
Identificação do Paciente: ELVIS BARBOSA DOS SANTOS 203 - TRAUMA, MASC. 01					
data de Nascimento:	28/10/2002	Idade:	15	Sexo:	Masculino
Estado Civil:	Separado(a)	Profissão:		Naturalidade:	SERRA TALHADA
Nação: País:	JOAQUIM DOS SANTOS		Mãe:	MARIA RITA BARBOSA JUREMA	
Endereço:	FAZ PONTA DA SERRA			SN	
Endereço:	ZONA RURAL	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE
EMENTOS DA OCORRÊNCIA:					
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>	Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>
Incêndio	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Nome do Acompanhante:			Telefone para Contato:		
Local da Ocorrência:					
HISTAMNESE E EXAME FÍSICO					
<p>Posicoes superficiais de ST, de pele-lade, secreções edem, edema, edema, dor e sensação de mal-estar.</p> <p>Exames e</p> <p>Fractura clavicular.</p>					
AGNÓSTICO INICIAL					
AGNÓSTICO FINAL					
INDICAÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA			
Elaborado	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: 22/01/18	
Iliterado	<input type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input type="checkbox"/>	Data da Alta: 25/1/18	
Prorrogado	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>	Local:	
Alto+48h	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>		
Alto-48h	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>		
Alto em: / /					
<p>Assinatura: Antônio Ribeiro de Freitas CRM 7351 52.003-25</p>					



Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
Data:	Inicio:	Término:
Cirurgião:		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
<u>DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA</u>		
<p>① Pote em 00h</p> <p>② Assopria / antissopria</p> <p>③ Hostis corporis exterioris</p> <p>④ Anexos supraclavicular ⑤</p> <p>⑤ Rins e ovários</p> <p>⑥ Fossa cl. FSO K</p> <p>⑦ Cavo cl. FSO, 3x.</p> <p>⑧ sutura + curativo</p>		
		
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:

Eduardo Barboza dos Santos

(250)

15

E comitentes

A Traumatologo. São Vicent

Re:

Entus + Uroch E.

L±2.

Hemograma + TP/TE + INR

Solicitação 22/01/18.

Caixa 23/01

Dr. Élio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15426

Data: 18/01/18

Médico - CRM



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



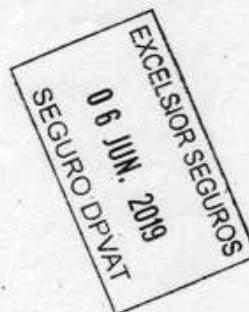
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
129.065.704-19

Nome
ELVIS BARBOZA DOS SANTOS

Nascimento
28/10/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 23



A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is at the top, '06 JUN. 2019' is in the center, and 'SEGURO DPVAT' is at the bottom.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 2011181402345830000069826418

Num. 71218363 - Pág. 24

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 (OSTEOSSÍNTSE 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>

Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 25

DE: ROSANA MENEZES

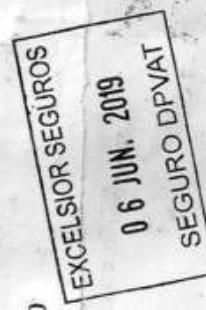
RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE - PE

50.030.000



EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN. 2019
SEGURÓ DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 27



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

Pag. 00065/00066 - carta_01 - INVALIDEZ



00020033

Carta nº 14421780



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 14:02:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814023458300000069826418>
Número do documento: 20111814023458300000069826418

Num. 71218363 - Pág. 28