

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **091-787-404-33** 3 - CPF da vítima: **091-787-404-33** 4 - Nome completo da vítima: **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**

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

5 - Nome completo: **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES** 6 - CPF: **091-787-404-33**
 7 - Profissão: **R. TNE.** 8 - Endereço: **AV. EUNICE ARAGÃO NEVES** 9 - Número: **190** 10 - Complemento: **0938**
 11 - Bairro: **NECO ARAGÃO** 12 - Cidade: **55 - CRUZ DO CAP.** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55190-782**
 15 - E-mail: **91613907**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione nome 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 (Somente bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA: **0491** CONTA: **05739** 4
 (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 sem nenhuma aposta, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 da pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, neste já, em me suometer à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotora, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a Vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Palocidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 293 do Código Penal.

MORTE

34
 DATA DE
 EMISSÃO:
 08/01/2020
 08/01/2020
 08/01/2020

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **STF - Cruz do Cap. - PE - 24/10/2020**

X Helenivaldo Barbosa Guimaraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000285**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020** às **14:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, ESTRADE SITIO
GERIMUM - ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**

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

HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA HELENA BARBOSA GUIMARÃES** Data de Nascimento: **18/2/1989** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8424435/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 94551583**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 190, AV EUNICE ARAGÃO NEVES - NEGO ARAGÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO(MOTO) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **M0M5805** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **988810469** Chassi: **9C2MD3400BR29226**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO E QUANDO ESTAVA NA ESTRADA DO SITIO GERIMUM ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MEDICO - HOSPITALAR.

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

**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES
(VITIMA)**

Helenivaldo B. Guimarães

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **091-787-404-33** 3 - CPF da vítima: **091-787-404-33** 4 - Nome completo da vítima: **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**

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

5 - Nome completo: **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES** 6 - CPF: **091-787-404-33**
 7 - Profissão: **R. TNE.** 8 - Endereço: **AV. EUNICE ARAGÃO NEVES** 9 - Número: **190** 10 - Complemento: **0938**
 11 - Bairro: **NECO ARAGÃO** 12 - Cidade: **55 - CRUZ DO CAP.** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55190-782**
 15 - E-mail: **91613907**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione nome opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0491** CONTA: **05739 4**
 (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 sem reservas, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE FAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o faudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, considerando, neste já, em me suometer à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotora, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a Vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Palocidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 293 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **STF - Cruz do Cap. - PE - 24/10/2020**

X Helenivaldo Barbosa Guimaraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Tempo: Stück/Mit-Energie, Elternkarte geöffnet 10:04:38, am 26.04.2012

卷之三

DEPARTAMENTO
DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

AVANTAGE PRÉSIDENTIELS 150

2024-08-23 23:48:45

INFRASTRUCTURE AND CAPABILITIES
SUSTAINABILITY

CLASSIFICATION:
BY PRESIDENTIAL
PRESIDENTIAL

7006834170 10/2019

08045594 04/05/2023

105-12319 12/11/2019

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

105-12319 12/11/2019

UNIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR R\$
UN.0003300	U.S.0000052	26,16
		0,28
		1,29
		0,14
		0,57
		0,64
		0,01
		0,38

2015 RELEASES

1. *On the other hand, the author of the letter to the Romans, in his desire to make the Gentiles understand the meaning of the law, has written in the first chapter of his letter, 'The law is good, if a man uses it lawfully'.*



DADOS DO CLIENTE
ACORDINA MARIA MOURA DE A FERNANDES

CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

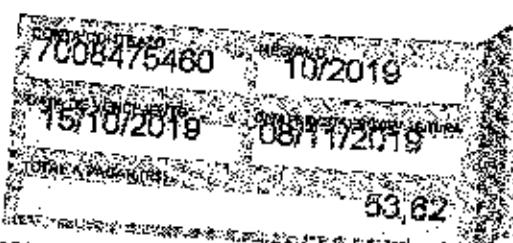
079864721
079864721 UNICA 08/10/2019
08/10/2019 2011169068 3423012

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.458, de 25/01/02
NOTA DE FATTURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 15.835.932/0001-93 | Inscrição Estadual (005943-03) | www.cefpe.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RODRIGO ALVES RODRIGUES

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305



DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA
DESCRITIVO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh):
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Comb. Jum. Pública Municipal/
(ICMS Subvenção-CDE-NF 072300664-05/08/18)

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69.0000000	0,01069952	47,68
		0,90
		2,62
		2,07
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

Nº DO MEGIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA 05/09/2018	ANTERIOR 252,30	DATA 12/10/2018	ATUAL 311,00	Nº DE DIAS 33	CONSTANTE 1,00000	ARISTE	CONSUMO (kWh)
									COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
3190287771									Scanned by CamScanner

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular numero 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 COAF**².

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 Finciais - 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 Adriana M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.834.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Heberinaldo B. Guimaraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.783.494-33, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizar, da Vítima Heberinaldo B. Guimaraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.783.494-33, 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	Alameda Alves da Rocha	Número	03	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	PE	Estado	55192-305
Email	stcruzdolap@gmail.com	Telfone comercial (PDD)	9-91613307	Telefone celular (DDD)	9-97001998

St. Cruz do Lap. PE de 24/Janerio de 2020
Início Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES** nascido em 18/02/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 04/08/2019 por volta das **15h18min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 07 de NOVEMBRO de 2019.

ATÉNCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
Diretor
Mat. 514591

DIRETOR
MAT. 069043

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0254293 04/08/2019 15:18:23

Código: 0025553

Paciente: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARES

SUS: 707800637652517

Sexo: M

D. Nasc.: 18/02/1989

Idade: 30 ANOS

RG:

Profissão: CORTADOR

CPF:

Filiação: Mãe: MARIA HELENA BARBOSA GUIMARES

Pai: HELENO LUIZ GUIMARES

Endereço: AV EUNICE ARAGAO NEVES 774

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Bairro: NECO ARAGAO

Fone:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Tensão Arterial: _____

P脉搏: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual: *Percebeu-se que o paciente
descreveu que sentiu dor nas costas cervical, devido
a queda de moto, que durou aproximadamente 30 minutos.
Nao teve febre, exames complementares: TCC, GGT, Glucometria, ECG, USG, RNM, TAC, etc.*

Diagnóstico Provisório: *Traumatismo*

Conduta:

1. Voltar para casa

2. Rx antiinflamatória

06-08-19
Adm. Triage 01 dos Santos
ENFERMEIRA
ELENICE MARIA

HRA - 5741677

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

RECEITUÁRIO

Nome: Helenivaldo Barbosa Guimaraes

HRA Traumatologia 5741677

Pct vítima de queda de
moto q dor seu punho
e nega TCE. Radiografia
descobrindo fratura em
espinha distal de rádio

(E)

Solicito análise e
condite.

Data: 04/08/14

MÉDICO

Nome: _____

RG: _____

Medicamentos: _____

Data: _____ / _____ / _____

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA

MONDAY, May 14, 1861. - At home. - Cloudy. - Very hot.

REG'D. 12-6-80

DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1985

DATA DA CIRURGIA: 06/02/2013 - 00h00

TRATAMIENTO: C. regio - P. suz. sp.

1990-08-20/5 - 6am

MOTIVO DO RETORNO: Dr. Edmar, M.D.

1. W. H. G. Smith, M.D.
2. John C. C. Smith, M.D.
3. John C. C. Smith, M.D.
4. John C. C. Smith, M.D.



NOME: Edison Valya Bambu Girmes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura 71.2% do osso clavicular CID-10: S15.2C foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

03/08/2015 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operária pós op. clavicular
com anestesia clav. DVA e
NSA, normal. Pós o tratamento cura
total. Pós pós op. feito em 03/08/2015
Bazarro, 05/09/2015 06/09/2015.

DR. LIMA M.D.P.C.

DR. LIMA M.D.P.C.
Dra. Maria de Lourdes
C.R.P. 12.032



NOME: Wesley Valde Braga Gomes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura distal esquerda C6/7 CID-10: T18.2E, 80 submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

03/03/2015 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operatório paciente evoluindo bem, com melhora das DPOZ e comandos da C6/7, paciente já é ambulante. Pode passar a noite em casa de sua filha em Bezerros, 05/03/2015 Obrigado

Dra. Paula



Nome: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES
Idade: 30 anos.

Data do exame: 11/09/2019

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

ANÁLISE:

Fratura oblíqua em terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento, com fios metálicos de fixação.

Demais ossos de morfologia e textura normais.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.



Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
Médico Radiologista
CRM 17143 PE



141818

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.

BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.

BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.

BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.
BRASILIA LIBRAS VIDA DO BRASIL
MUNICÍPIOS das regiões.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038360/20

Vítima: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

CPF: 091.787.494-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES : 091.787.494-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

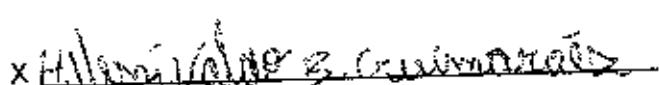
NOME- HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 8424455 SDS/PE CPF:091.787.494-33
DATA DO ACIDENTE:05/08/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES
ENDEREÇO: AV- EUNICE ARAGÃO NEVES , Nº 190, NECO
ARAGÃO ,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO –
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 23DE JANEIRO DE 2020.



ASSINATURA DO OUTORGANTE



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (1) de: (1)HELENIVALDO
BARBOSA GUIMARÃES Dou Fe. Santa Cruz do Capiabibe.
23/01/2020, 13:52. - Total: 6.06 Em Testemunho...



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038360/20

Vítima: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

CPF: 091.787.494-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES : 091.787.494-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos