

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 091.787.494-33 4 - Nome completo da vítima: HELE NIVALDO 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: HELE NIVALDO BARBOSA GUIMARÃES 6 - CPF: 091.787.494-33
7 - Profissão: R. INF. 8 - Endereço: AV. EUNICE ARAGÃO NEVES 9 - Número: 130 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NECO ARAGÃO 12 - Cidade: SAE CRUZ DO CAP. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-782
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Assinale a(s) opção(s))

☐ 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 (informar os 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/resmögico do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAE Cruz do Cap. PE 24/01/2020

X Hele Nivaldo e Guimarães
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17º DESEC

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2019** no período da **Tarde**

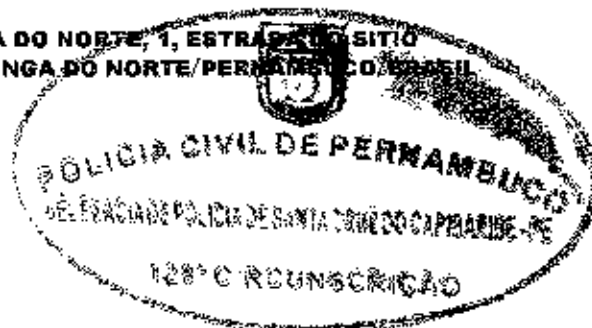
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, ESTRADA DO SÍTIO GERIMUM - ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 94561583**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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)

VEICULO(MOTO) (VEICULO) 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: **NOM5805** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **986610469** 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 SÍTIO GERIMUM ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO - 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: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 091.787.494-33 4 - Nome completo da vítima: HELE NIVALDO 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: HELE NIVALDO BARBOSA GUIMARÃES 6 - CPF: 091.787.494-33
7 - Profissão: R. INF. 8 - Endereço: AV. EUNICE ARAGÃO NEVES 9 - Número: 130 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NECO ARAGÃO 12 - Cidade: SAE CRUZ DO CAP. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-782
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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. Assinale a(s) opção(s))

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Informe os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0491 CONTA: 05739 4
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAE Cruz do Cap. PE 24/01/2020

X Hele Nivaldo e Guimarães
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
FATURA **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
 Companhia Eletrologia de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-002
 CNPJ 15.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ARIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA'S

CPF 945 234 444-04

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

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO 08/10/2019
 DATA DE VENCIMENTO 08/11/2019
 Nº DA FATURA 7008475460
 Nº DE CONTADOR 1510/2019
 UNICA 08/10/2019
 2011180088 3423002

7008475460 10/2019
 1510/2019 08/11/2019
 53,62

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira AMARELA
 Acréscimo Bandeira VERMELHA
 Contrib. Ilum. Pública Municipal
 ICMS Subvenção CDE-NF 072300654-08/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
59,0000000	0,91069952	47,62
		0,30
		2,82
		2,07
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	JUSTE	CONSUMO (KWH)
3180287771	CAT	05/08/2018	252,30	02/10/2019	311,00	33	1,00000		58,70

Composto pelo consumo
 Scanned by CamScanner

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 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 Adriana M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Helmeraldo B. Guimarães, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.787.494/33, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Helmeraldo B. Guimarães, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.787.494/33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1) 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	Rua Resumiera Azevedo da Rocha		Número	03	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	Stº Cruz do Lap	Estado	PE	CEP
					55192-305	
E-mail			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
			9-91613907		9-97001998	

Stº Cruz do Lap, PE, em 24/ Janeiro de 2020
Local e 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.

ATENCIOSAMENTE


José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
JOSE ADEMIR PEREIRA 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: 707800837552517

Sexo: M

D. Nasc.: 18/02/1989

Idade: 30 ANOS

RG:

CPF:

Profissão: CORTADOR

Filiação: Mãe: MARIA HELENA BARBOSA GUIMARES

Pai: HELENO LUIZ GUIMARES

Endereço: AV EUNICE ARAGAO NEVES 774

Bairro: NECO ARAGAO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Fone:

Pressão Arterial: _____

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Pac. trazido pelo samu em manobras
suave el colar cervical última de queda
de moto, quedou em antebraço @ e p @
Nº TCE. Glorioso K. Capricoso em
AP

Diagnóstico Provisório:

Trauma

Conduta:

① Voltarei (H)
② 2x antebraço

Edna Tereza G. dos Santos
ENFERMEIRA
CREMESP

HRA - 5741677

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____

Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CÓPIA AUTORIZADA



RECEITUÁRIO

Nome: Heleivaldo Barbosa Guimarães

HRA Traumatologia 5741677

Pct vítima de queda de
moto q deu em pauco
(E) Nege TCE. Radiografia
evidenciando fratura em
epífise distal de fêmur

(E)
Solicito avaliação e
conduta.

Data: 04/08/17

MÉDICO

Nome: _____

Rg: _____

Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA

HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

EMERGENCIA

Nome do Paciente: ELIANA CARBOSA SILVA Idade: 39 Sexo: F Estado: MA

Data de Nascimento: 01/01/1960 Data de Admissão: 01/01/2010 Hora de Admissão: 14:00

CPF: 001.874.905 RG: 2423 Mãe: JOSEFA CARBOSA

Endereço: AV. DA SERRA BRANCA, 110 Bairro: ALTO Cidade: MA

CEP: 00000-00 Fone: 1400-1234 R. 13

Nome do Pai: MARIA ELIANA CARBOSA Ocupação: SENHA

Assinatura do Paciente: [Assinatura] Assinatura do Médico: [Assinatura]

Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura] Assinatura do Farmacêutico: [Assinatura]

Assinatura do Nutricionista: [Assinatura] Assinatura do Psicólogo: [Assinatura]

Assinatura do Físico: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

Assinatura do Cirurgião: [Assinatura] Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

Assinatura do Patologista: [Assinatura] Assinatura do Radiologista: [Assinatura]

20/08/1989 19 km. 10
 19/08/1989 19 km. 10
 19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10

19/08/1989 19 km. 10



INSTITUTO DE REABILITACAO

NOME: 29/11/1989 Barbara Carvalho

REG: 726650

DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1989

DATA DA CIRURGIA: 06/08/2015 6006

DIAGNOSTICO: Lesão no 1º e 2º com lesão

4º e 5º 525

TRATAMENTO: Exercícios Primeria para

DATA DO RETORNO: 20/08/2015 6006

MOTIVO DO RETORNO: 02 Elavada para

1 90 km para praticar

19/08/1989 19 km. 10



NOME: Marcos Vinícius Barbosa Guimarães

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de 2^a e 3^a falange distal do 5^o dedo CID-10: S10.22, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 03/08/2019. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós-operatório satisfatório com curativo em 24h. ADN e MSD, normal. Re a curativa curativa. Dist para reparo em 49 dias.
Bazeiros, 05/11/2019. 06/11/19.

ASSA MEDICA

Assa Médica
Dr. Marcos V. Costa
Dr. Marcos V. Costa
CRM 10.000



HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME: Yolanda da Silva Barbosa Cordeiro

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do 1º dedo da mão direita CID-10: S10.22, foi

submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

04/08/2019 atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

P.O. operado por Dr. Yolanda da Silva em 04/08/2019. A fratura foi fechada e estabilizada com fio de sutura. O paciente encontra-se em bom estado geral e sem dor.

Bezerras, 05/08/2019. 06/08/2019

D. S. A. Yolanda da Silva





HUMANA

DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 3731.8825 | 9 9900.8656

www.humanadiagnosticos.com.br

Rua Maestro Alexandre, 117, Nova Santa Cruz
CEP 55.194-321 | Santa Cruz do Capibaribe - PE

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

<p>ALICIA ELIZABETH CANTERO RECONDA 1420688020</p>		<p>PERNAMBUCO</p>	
		<p>IDENTIFICACION PERSONAL NOME: ALICIA ELIZABETH CANTERO RECONDA DATA DE NASCIMENTO: 14/04/1974 SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLTEIRA ENDERECO: RUA ... Nº ... CIDADE: RECIFE - PE CEP: 51200-000</p>	
<p>1420688020</p>		<p>PERNAMBUCO</p>	

[illegible]

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 CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

x Helenivaldo B. Guimarães

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Reconhecido por AUTENTICIDADE (Assinatura) de: (1) HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES - Dou. Isr. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020, 13:52. - Total: R\$ 06,00 - Em Testemunho...

Tabuleiro: ISAAC REGIO FREITAS MIRANDA
Assinatura: Isaac Regio Freitas Miranda - Dou. Isr. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020, 13:52. - Total: R\$ 06,00 - 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