
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

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

Recebedor: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000003491

Conta: 000003215-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

007.986.104-09

Nome completo da vítima

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS		CPF titular da conta 684.328.524-49	Profissão APOSENTADA
Endereço FAZENDA ROÇA NOVA		Número 10	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade CABROBÓ	Estado PE	CEP 56180-000
Email luciano.djl@hotmail.com		Telefone (DDD) (87) 99100 7009	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRQ

3491

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRQ

3.215

(Informar dígito se existir)

D/V

9

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ

AGÊNCIA

NRQ

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRQ

(Informar dígito se existir)

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cabrobó/PE, 28 de Agosto de 2018

Local e Data

Ivaneide Gonçalves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/11/2016

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3491 CABROBO, PE OPER: 013 CONTA: 3.215-9
PERIODO: 01092016 ATE: 11112016 CPF: 684.328.524-49
NOME: IVANEIDE GONCALVES DOS SA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
05/10/2016	000690	EMPR BLOQ	0,00000000	4.000,00 C	4.000,90 C
10/10/2016	000000	RETIRADA	0,00000000	4.000,00 D	0,90 C
22/10/2016	000000	REM BASICA	0,18610000	0,00 C	0,90 C

SALDO EM 10/11/2016 R\$ 0,90 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

2009



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1869447 - MARLOS BRANCO DA SILVA Data/Hora do Acidente (hora local): 25/05/2015 14:30 BR: 428 KM: 9.9
Município/UF: CABROBO/PE Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Pôr do sol Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 1
Possui deflúvio? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7.3 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Boletim de ocorrência



SEMPRE EM 100% DE EFETIVIDADE

Vistoria Bloqueada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PROQUÍ

Local Destino

← OROCO-PE

→ IBÔ-PE

LEGENDA:

Automóvel	Trem
Veículo Trator	Conjugado
Pedestre	Objeto Fixo
Ponto B	Ponto A'
Ponto P	Ponto A
Ponto C	Antes da Colisão
Ônibus	Marca de Freios
Animal	Veículo Aument
Chopagem	Reboque/Semi-reboque
Combinação	Triângulo de Advertência
Tombamento	Veículo de 2 ou 3 rotas
Incidência	Marcha à Limita
Local da colisão	Partingem ou Divergência
Marcha à ab	Depois da Colisão
Placa de Trânsito	

Latitudo do Ponto C: _____ Longitudo do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Cabrobó/PE, no km 9 da BR 428, verificamos através dos vestígios e declaração do passageiro, que a V1, Fiat/Uno placa HMT-8447/GO, deslocava-se de OROCO-PE sentido Belém de S. Francisco, quando o V2, moto CG/125 Blau, placa KJI-9030/PE que deslocava-se no sentido contrário tentou fazer uma ultrapassagem e colidiu de frente com V1. O motorista da moto foi socorrido ao hospital de Cabrobó, enquanto o condutor da Fiat Uno e um passageiro não foram encontrados.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: HMT-6447 Sequencial: V1 Descrição: Carro Chassi: 9BD15844AB6476628 Renavam: 00217479979
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY Cor: BRANCA Ano: 2011 Tipo: Automóvel Emplacamento: LUZIANIA/GO
Ocupantes: 4 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: WILKSON LOPES DA SILVA CPF/CNPJ: 040.095.381-78
Endereço: AV DR ISMAR GONCALVES QD 293 LT 03 P E D IV CEP: 72.800-000
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu Fluxo Saída da Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

DADOS DA CARGA
Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Modos: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo do Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KJI-9000 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC18109R037073 Renavam: 00171336384
Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX Cor: CINZA Ano: 2009 Tipo: Motocicletas Emplacamento: CABROBO/MS
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: IVANETE GONCALVES DOS SANTOS CPF/CNPJ: 684.326.524-49
Endereço: FAZENDA ROÇA NOVA S/N CS CEP: 58.180-000
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Ultrapassava Saída da Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

DADOS DA CARGA
Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Modos: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo do Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f5a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/HMT-0447
Nome/Apelido: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Estado Civil: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Telefones: _____ Celular: _____
Grau de Instrução: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Ocupação Principal: _____
CPF: _____ Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____
Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: _____ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Ignorado ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável ☐
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☐ Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? ☐ Ignorado ☐
Transcrição da Declaração: _____
Condutor é Habilitado? ☐ Ignorado ☐ Categoria CNH: _____ Registro CNH: _____ Primeira Habilitação: _____
Validade CNH: _____ País CNH: _____ Dormia? ☐ Não ☐ Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: ☐ Ignorado ☐
Partes: _____
Informações Complementares: SEGUNDO SR. GERALDO FRANCISCO DE SOUSA QUE ERA PASSAGEIRO DO FIAT/UNO DISSE QUE O CONDUTOR ERA CHAMADO DE CHICO

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo do Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/KJH-9030
Nome/Apelido: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS
Data de Nascimento: 08/03/1979 Sexo: ☐ Masculino ☐ Estado Civil: ☐ Não Informado ☐
Nome do Pai: JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS
Nome da Mãe: IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Telefones: _____ Celular: _____
Grau de Instrução: ☐ Não Informado ☐
Naturalidade: CABROBO/PE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: _____
CPF: 007.888.104-09 Documento de Identificação: 5811194 Órgão Expedidor: SDS /PE
Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: ☐ Lesões Graves ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Não Aplicável ☐ Usava Capacete? ☐ Ignorado ☐
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☐ Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? ☐ Ignorado ☐
Transcrição da Declaração: _____
Condutor é Habilitado? ☐ Não ☐ Categoria CNH: _____ Registro CNH: _____ Primeira Habilitação: _____
Validade CNH: _____ País CNH: _____ Dormia? ☐ Não ☐ Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: ☐ Ignorado ☐
Partes: _____
Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo do Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28be90536f85a785



OCORRÊNCIA:	83359343
Comunicação:	C1897255
OCORRÊNCIA:	Encerrada

Tipo de Envolvimento: Veículo:

Nome/Apellido: Sexo: Data de:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Fiscal: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Portences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:		Responsável pela Recepção:	
Documento do Responsável:		Data/Hora da Recepção (hora local):	
Município/UF:		Motivo:	
Descrição do Encaminhamento:			

06/06/2015 15:21

VERIFICAÇÃO DE AUTENTECIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 16/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo ☐ V12-MT-6447 /
Nome/Apelido: JOÃO FRANCISCO DE SOUZA NETO Sexo: ☐ Masculino ☐ Data de 07/06/1973
Nome do Pai: BRAZ FRANCISCO DE SOUZA
Nome da Mãe: JOSEFA LEITE DA SILVA
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 901.217.334-00 Documento de Identificação: 332605115 Órgão Expedidor: SSP/PA Telefones:
Estado Civil: ☐ Não informado ☐ Grau de Instrução: ☐ Não informado
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Fiscal: ☐ Ignorado ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Ignorado ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não
Transcrição da Declaração:

Pertencês: *

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☒ Passageiro ☐ Veículo ☐ V17/MT-8447 /
Nome/Apelido: GERALDO FRANCISCO DE SOUSA **Sexo:** Masculino **Data de** 08/11/1951
Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DE SOUSA
Nome da Mãe: FRANCISCA DE SOUSA LEITE
Endereço: _____ **GEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** SERRA GRANDE/PB **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: _____ **Documento de Identificação:** 558489 **Órgão Expedidor:** SSP/SP **Telefone:** _____
Estado Civil: Não Informado **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Fiscal: ☒ Iteco ☐ Socorrido pela PRF? ☒ Não ☐ Usava Cinto? ☒ Ignorado ☐ Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração: _____

Pertences: _____

Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: _____ **Responsável pela Recepção:** _____
Documento do Responsável: _____ **Data/Hora da Recepção (hora local):** _____
Município/UF: _____ **Motivo:** _____
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON **Placa:** HMT-6447
Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA **Nº BOAT:** 83359343
Registro/Matrícula do Agente: 1969447 **Data:** 25/05/2015 14:30

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	1		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	1		X	
3	Panela corta fogo	3		X		28	Assolho porta-malas / Assolho	1		X	
4	Panela dianteira	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	1		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	1		X	
6	Longarina Completa / Caba de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos cargo)	1		X	
7	Longarina Parcela / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	1		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos cargo)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	1		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	1		X	
14	Solreia externa esquerda	1		X		39	Solreia externa direita	1		X	
15	Solreia externa e estrutura esquerda	3		X		40	Solreia externa e estrutura direita	1		X	
16	Assolho central esquerdo	3		X		41	Assolho central direito	1		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	1		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caba de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcela / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X							
25	Panela Traseira / divisor	1		X							
									Somando de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		
									Somando de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		
									Total de pontos "SIM" + "NA":		

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Fardas		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS **Placa:** KJI-9030
Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA **Nº BOAT:** 83359343
Registro/Matrícula do Agente: 1969447 **Data:** 25/05/2015 14:30

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Bulção, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2	X		
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Pedala do apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e massas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todas as itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

18

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o tempo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados os ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido registrados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON

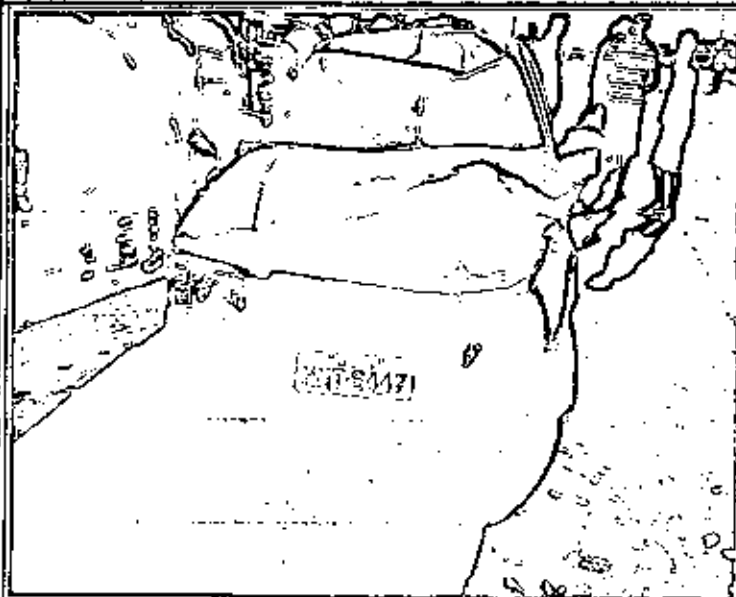
Placa: HMT-6447

Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA

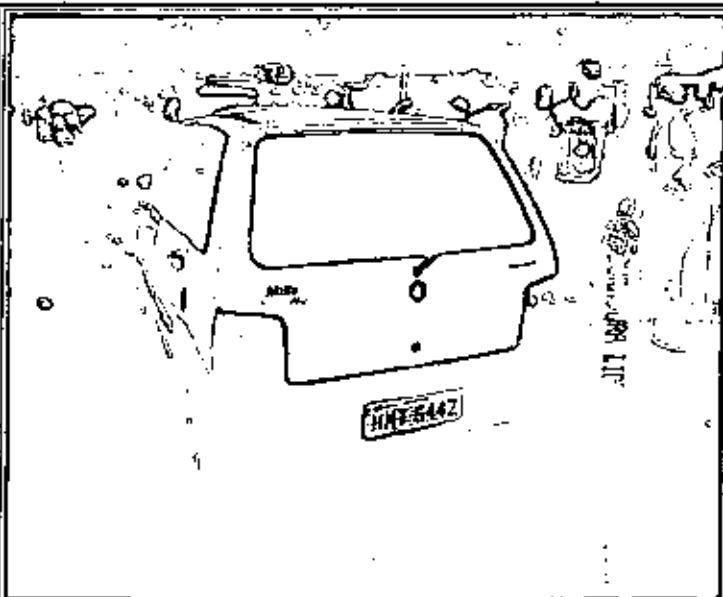
Nº BOAT: 83359343

Registro/Matrícula do Agente: 1969447

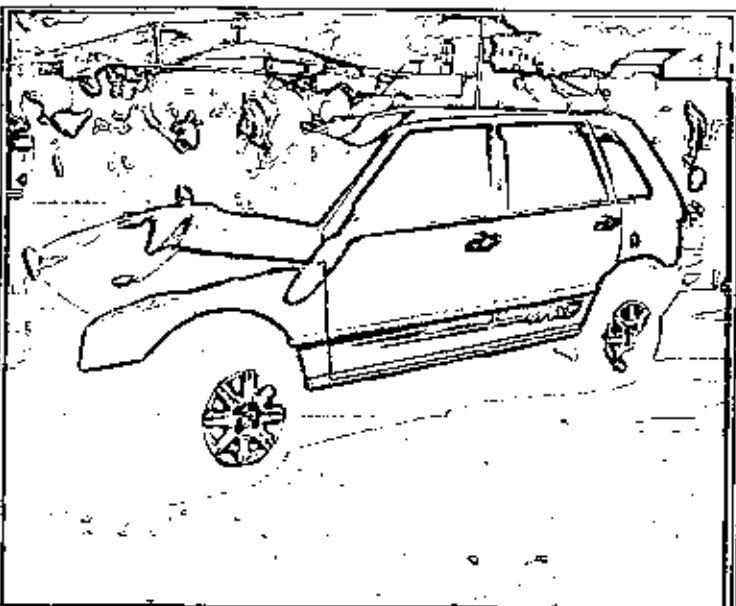
Data: 25/05/2015 14:30



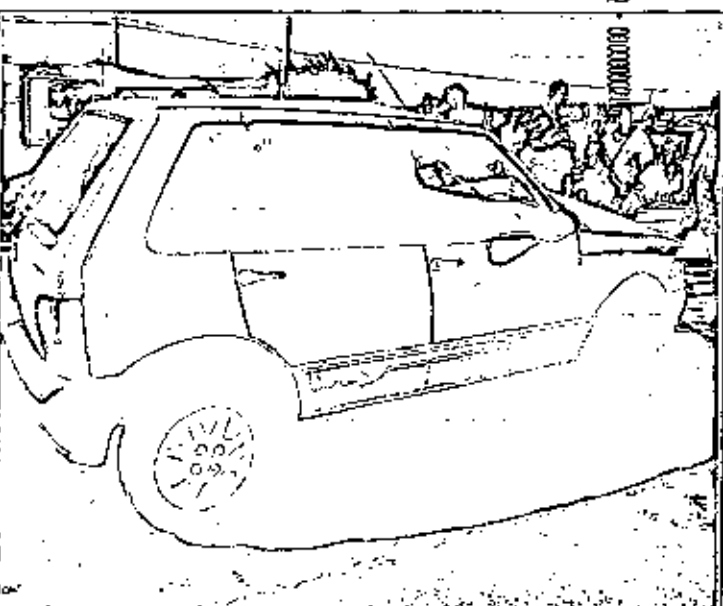
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04

NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85e785



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

Placa: KJI-9030

Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA

Nº BOAT: 83359343

Registro/Matrícula do Agente: 1969447

Data: 25/05/2015 14:30



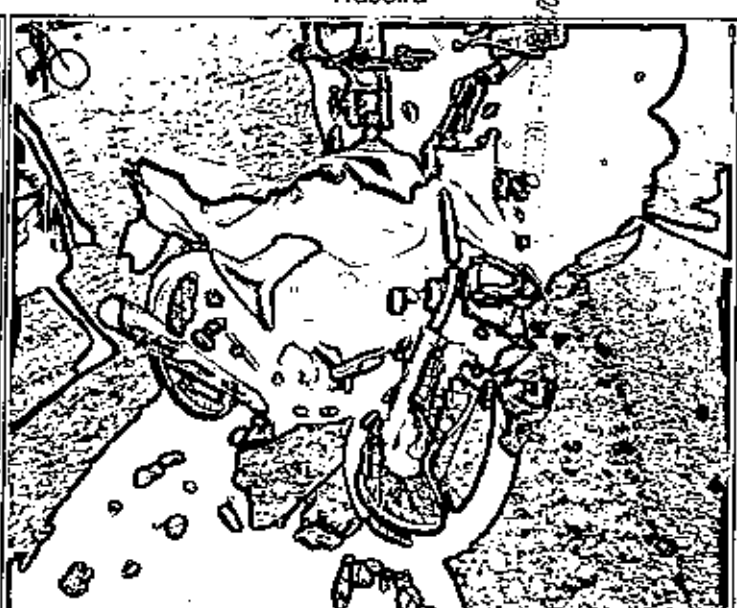
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



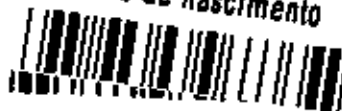
Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536/85a785

Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

MATRÍCULA:

075929 01 55 1980 1 00005 260 0005295 12

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Oito de março de mil novecentos e setenta e nove.

DIA

08

MÊS

03

ANO

1979

HORA DE NASCIMENTO

17h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Cabrobó - PE

ESTADO DE NASCIMENTO

Cabrobó - ESTADO DE PERNAMBUCO

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL

SEXO

Masculino

DECLARAÇÃO

JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS e IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

DECLARAÇÃO

ANDRÉ GONÇALVES DOS SANTOS e MARIA VIEIRA CAVALCANTE e ANTONIO GONÇALVES DOS SANTOS e MARIA CAVALCANTE GONÇALVES DOS SANTOS

QUÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) QUÊMEOS(S)

Não consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Três de junho de mil novecentos e oitenta.

NÚMERO DA ENT

Não informado.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª Via: Ato registrado no livro A-5, às folhas 260v sob o nº 5295. Data do registro: 3 de junho de 1980 Data de nascimento do registrado: 8 de março de 1979.

OBS: ATO GRATUITO DE ACORDO COM A LEI Nº 9.534/97

Nome do Oficial

Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Cabrobó, 28 de junho de 2016.

Assinatura do Oficial

Alaides Maria de Sá Araújo

Assinatura do Oficial

Cabrobó/PE

Endereço

Rua Nelson C. de Sá, nº 220

Alaides Maria de Sá Araújo
Oficial do Registro Civil em exercício.

Selo: 0075929 REN06291601.00032

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

ALAIDES MARIA DE SÁ ARAÚJO
(87) 9623-5219
Alaides Maria de Sá Araújo
OFICIALA EM EXERCÍCIO



República Federativa do Brasil

Certidão de óbito



Serviço de Registro Civil
Certidão de Óbito

NOME:

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

MATRÍCULA:

076745 01 55 2016 4 00111 278 0042488 92

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL, IDADE Solteiro, 37 anos
NATURALIDADE Cabrobó - PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 007.986.104-09, RG 5811194 SSP/PE, CTPS 04479 Série 00056-PE	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:
Filho de JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS e de IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS. Residência do falecido: Rua 29 nº 121, Jatobá, Petrolina - PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Vinte e três de junho de dois mil e dezesseis, às 7h40min.

DIA
23

MÊS
06

ANO
2016

LOCAL DE FALECIMENTO
Domicílio, Rua 29, 121, Jatobá, Petrolina-PE

CAUSA DA MORTE
Choque séptico, Infecção do trato respiratório, Pneumonia nosocomial, Síndrome inutilidade, Trauma raquimedular fratura C3

SEPULTAMENTO / CREMATION
Cemitério da Rocha Nova, Cabrobó-PE

DECLARANTE
IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO
Dra Fabiana Moreira, CRM 21462

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro C-111, às folhas 278 sob o nº 42488. Data do registro: 30 de junho de 2016. Data do óbito: 23 de junho de 2016. Profissão do falecido: Agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de março de 1979: Era eleitor, Solteiro. Não deixou bens nem testamento, era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Rua do Coliseu, 206 - Centro - Petrolina - PE
E-mail: petrolina@petrolina.pe.gov.br - Fone: (37) 3361-7331 - Fax: (37) 3361-7332 - Petrolina - Pernambuco

Autêntico, para os devidos fins, a presente cópia ~~reprográfica~~ do documento que me foi apresentado pela parte interessada. Dou fé. 22/11/2016-10:51:53
Em testemunha da verdade
Robson Barros da Costa, Tabelião Substituto
ENDL 2.79 TSNR, 0/62 - FERC. 2.10101. 3.72
Selo(s): 0075010.1010201601.01231
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

União Registradora
Maria Auxiliadora da Silva Tavares

Município/UF
Petrolina

Endereço
Rua do Coliseu, 206

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Petrolina, 30 de junho de 2016.

Digitado por: Cid Wagner

Selo: 0076745.IQG05201601.01434

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório Registro Civil

Maria Auxiliadora Silva Tavares

Oficiala

Rua do Coliseu, Nº 206 - Centro

Fone: (37) 3361-7331 Petrolina-PE

Comprovante de residência



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1392015723

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-02
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800-0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS	DATA DE VENCIMENTO 31/05/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019	CONTA CONTRATO 7003979401
ENDEREÇO FZ ROÇA NOVA 10 -TERRA NOVA - RURAL/TERRA NOVA RURAL -56190- 000 TERRA NOVA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 17,76	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 063377182	

PERÍODO CONSUMO 24/04/2019 a 24/05/2019	CONSUMO 30
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7003979401	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 17,76	VENCIMENTO 31/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838100000000 177600110073 003979401105 139448719535



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-9022
CNPJ 13.835.932/0001-08 | Insc. Est. 005584-343 | www.ceppe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. PO. A. L. NOVA 10

CPF 65-328 524-49

TERRA NOVA - PURA STERRA NOVA PURA
TERRA NOVA PÉ
50181-000

* CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATE: 03/22/2018	TIME: 12:23:18
------------------	----------------

एम्पलीफायर	मॉड्युल	मॉड्युल
2011/10/10	2011/10/10	2011/10/10

CONTRA CONTRATO	MEMORO
7003979401	12/2018
DATE OF VOUCHER ISSUED	DATE OF VOUCHER CANCELLATION
04/01/2019	24/01/2019
TOTAL A RISCO (R\$)	16,41

ପ୍ରତିଷ୍ଠାପତିଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ନିର୍ଦ୍ଦେଶିତ

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOT.
Consumo Água(AMH)	30,0000000	0,54550465	16,3651395
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,00

TOTAL DA FATURA

10.41

ANEXO 1. RESUMEN DE CONCEPTOS DE LA NOTA FISCAL

Nº DO MEMORIO MORTUO	TIPO DA FUNÇÃO (C.A.)	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DAS S?	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (NºM)
		DATA (A=10000)	LEITURA (3 2 1 0 0)	DATA (A=10000)	LEITURA (3 2 1 0 0)				
							1.00000		0.00

INVESTMENT		INVESTMENT			INVESTMENT	
DATE	AMOUNT	BANK OF AMERICA	W.	WELLS FARGO	FARMERS TRUST COMPANY	
01-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
02-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
03-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
04-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
05-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
06-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
07-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
08-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
09-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
10-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
11-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
12-10-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
01-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
02-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
03-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
04-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
05-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
06-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
07-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
08-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
09-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
10-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
11-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
12-11-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
01-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
02-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
03-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
04-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
05-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
06-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
07-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
08-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
09-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
10-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
11-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	
12-12-77	100.00				FARMERS TRUST COMPANY	

INFORMACOES IMPORTANTES

[illegible]

ATTENTION: GOLFERS! WE OFFER A DAILY SPECIAL FOR GOLFERS! 7:30 AM - 12:00 PM

FORM 10-70 (Rev. 1-25-60) (Use for reporting on Form 10-70 (Rev. 1-25-60) only)					
UNITED STATES DEPARTMENT OF THE ARMY					
REPORT OF ACTIVITY					
1. NAME OF THE ACTIVITY					
2. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
3. CITY AND STATE					
4. ZIP CODE					
5. PHONE NUMBER					
6. TYPE OF ACTIVITY					
7. DATE OF ACTIVITY					
8. NAME OF THE ACTIVITY					
9. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
10. CITY AND STATE					
11. ZIP CODE					
12. PHONE NUMBER					
13. TYPE OF ACTIVITY					
14. DATE OF ACTIVITY					
15. NAME OF THE ACTIVITY					
16. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
17. CITY AND STATE					
18. ZIP CODE					
19. PHONE NUMBER					
20. TYPE OF ACTIVITY					
21. DATE OF ACTIVITY					
22. NAME OF THE ACTIVITY					
23. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
24. CITY AND STATE					
25. ZIP CODE					
26. PHONE NUMBER					
27. TYPE OF ACTIVITY					
28. DATE OF ACTIVITY					
29. NAME OF THE ACTIVITY					
30. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
31. CITY AND STATE					
32. ZIP CODE					
33. PHONE NUMBER					
34. TYPE OF ACTIVITY					
35. DATE OF ACTIVITY					
36. NAME OF THE ACTIVITY					
37. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
38. CITY AND STATE					
39. ZIP CODE					
40. PHONE NUMBER					
41. TYPE OF ACTIVITY					
42. DATE OF ACTIVITY					
43. NAME OF THE ACTIVITY					
44. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
45. CITY AND STATE					
46. ZIP CODE					
47. PHONE NUMBER					
48. TYPE OF ACTIVITY					
49. DATE OF ACTIVITY					
50. NAME OF THE ACTIVITY					
51. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
52. CITY AND STATE					
53. ZIP CODE					
54. PHONE NUMBER					
55. TYPE OF ACTIVITY					
56. DATE OF ACTIVITY					
57. NAME OF THE ACTIVITY					
58. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
59. CITY AND STATE					
60. ZIP CODE					
61. PHONE NUMBER					
62. TYPE OF ACTIVITY					
63. DATE OF ACTIVITY					
64. NAME OF THE ACTIVITY					
65. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
66. CITY AND STATE					
67. ZIP CODE					
68. PHONE NUMBER					
69. TYPE OF ACTIVITY					
70. DATE OF ACTIVITY					
71. NAME OF THE ACTIVITY					
72. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
73. CITY AND STATE					
74. ZIP CODE					
75. PHONE NUMBER					
76. TYPE OF ACTIVITY					
77. DATE OF ACTIVITY					
78. NAME OF THE ACTIVITY					
79. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
80. CITY AND STATE					
81. ZIP CODE					
82. PHONE NUMBER					
83. TYPE OF ACTIVITY					
84. DATE OF ACTIVITY					
85. NAME OF THE ACTIVITY					
86. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
87. CITY AND STATE					
88. ZIP CODE					
89. PHONE NUMBER					
90. TYPE OF ACTIVITY					
91. DATE OF ACTIVITY					
92. NAME OF THE ACTIVITY					
93. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
94. CITY AND STATE					
95. ZIP CODE					
96. PHONE NUMBER					
97. TYPE OF ACTIVITY					
98. DATE OF ACTIVITY					
99. NAME OF THE ACTIVITY					
100. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
101. CITY AND STATE					
102. ZIP CODE					
103. PHONE NUMBER					
104. TYPE OF ACTIVITY					
105. DATE OF ACTIVITY					
106. NAME OF THE ACTIVITY					
107. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
108. CITY AND STATE					
109. ZIP CODE					
110. PHONE NUMBER					
111. TYPE OF ACTIVITY					
112. DATE OF ACTIVITY					
113. NAME OF THE ACTIVITY					
114. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
115. CITY AND STATE					
116. ZIP CODE					
117. PHONE NUMBER					
118. TYPE OF ACTIVITY					
119. DATE OF ACTIVITY					
120. NAME OF THE ACTIVITY					
121. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
122. CITY AND STATE					
123. ZIP CODE					
124. PHONE NUMBER					
125. TYPE OF ACTIVITY					
126. DATE OF ACTIVITY					
127. NAME OF THE ACTIVITY					
128. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
129. CITY AND STATE					
130. ZIP CODE					
131. PHONE NUMBER					
132. TYPE OF ACTIVITY					
133. DATE OF ACTIVITY					
134. NAME OF THE ACTIVITY					
135. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
136. CITY AND STATE					
137. ZIP CODE					
138. PHONE NUMBER					
139. TYPE OF ACTIVITY					
140. DATE OF ACTIVITY					
141. NAME OF THE ACTIVITY					
142. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
143. CITY AND STATE					
144. ZIP CODE					
145. PHONE NUMBER					
146. TYPE OF ACTIVITY					
147. DATE OF ACTIVITY					
148. NAME OF THE ACTIVITY					
149. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
150. CITY AND STATE					
151. ZIP CODE					
152. PHONE NUMBER					
153. TYPE OF ACTIVITY					
154. DATE OF ACTIVITY					
155. NAME OF THE ACTIVITY					
156. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
157. CITY AND STATE					
158. ZIP CODE					
159. PHONE NUMBER					
160. TYPE OF ACTIVITY					
161. DATE OF ACTIVITY					
162. NAME OF THE ACTIVITY					
163. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
164. CITY AND STATE					
165. ZIP CODE					
166. PHONE NUMBER					
167. TYPE OF ACTIVITY					
168. DATE OF ACTIVITY					
169. NAME OF THE ACTIVITY					
170. ADDRESS OF THE ACTIVITY					
171. CITY AND STATE					
172. ZIP CODE					
173. PHONE NUMBER					
174. TYPE					

~~XX~~

CATEGORIA	VALOR MENSUAL CADA UNO	VALOR MENSUAL TOTAL	VALOR ANUAL	VALOR ANUAL TOTAL	VALOR ANUAL TOTAL	VALOR ANUAL TOTAL	VALOR DE VARIACION (%)	
							ANALISIS	ANALISIS
ENC	1,28	17,7	24,2	18,2	27,2	27,2	27,2	27,2
ENC	1,28	17,7	24,2	18,2	27,2	27,2	27,2	27,2

Declaração de únicos herdeiros



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/05/2016, faleceu em 23/06/2016, no estado civil de Solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorçado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. EVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS	Mãe da vítima	1.794.400-5DS/RE	684.328.524-49
2. JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS	Filho da vítima	04.742.616-03 - SSP/BA	493.982.615-53
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou ☐ deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Cabrobó/RE, 30/08/2016
LOCAL E DATA

Cabrobó/RE, 30/08/2016
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Evaneide Gonçalves dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

João Cavalcante dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1	DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)			
	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
	1.			
	2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS				
	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
2	1. EVANEIDE AMARAL DA SILVA	1793195 - SSP/DF	985.480.004 - 06	Evaneide Amaral da Silva
	2. ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SA	3653208 - SSP/RE	023.159.264 - 75	Ilma Gonçalves dos Santos SA

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS		CPF: 007.986.104-09	Data do óbito: 23/06/2016
Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Casado ☐ Viúvo	Teve filhos? ☐ Sim ☒ Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: Nº falecidos:	*Deixou nascituro? ☐ Sim ☒ Não
Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não			
Se deixou companheiro (a), informar nome completo:			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS		Grau de parentesco com a vítima: MAE	CPF: 684.328.524-49
Local/data: CABROBÓ/PE, 28/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: <i>IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS</i>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: EUANEIDE AMANDO DA SILVA		2 - Nome completo: MARCELA BATISTA GONZAGA	
CPF: 985.480.004-06	Local/data: CABROBÓ/PE, 28/08/18	CPF: 887.445.204-34	Local/data: PE, 28/08/2018
Assinatura: <i>EUANEIDE AMANDO DA SILVA</i>		Assinatura: <i>MARCELA BATISTA GONZAGA</i>	

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Reconheço por SEMELHANÇA 2 firma(s) de: (1) IVANEIDE
GONCALVES DOS SANTOS, (1) IGA GONCALVES DOS SANTOS SARA
Dou fe. Catrobo, 30/08/2014
Em Testemunho
Robson Barros da Costa, da verdade, Substituto
Ao Cartório: R\$ 6,32 - TST: R\$ 1,46 - FERC: R\$ 0,74
- Total: R\$ 8,52 - 0075010.01339
0075010.LPI0201601.01339



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190040410
3 - CPF da vítima: 007.986.104-09
4 - Nome completo da vítima: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS
6 - CPF: 684.328.524-49
7 - Profissão: APOSENTADA
8 - Endereço: FAZENDA ROÇA NOVA
9 - Número: 10
10 - Complemento: CABROBO
11 - Bairro: ZONA RURAL
12 - Cidade: TERRA NOVA
13 - Estado: PE
14 - CEP: 56190-000
15 - E-mail: LUCIANO.ADV.DJL@GMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): (87) 9 9100 7009

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\$1.00 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 uma opção)

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

AGÊNCIA: 3491 ☐ CONTA: 3215-9 ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Declaração de únicos herdeiros

AGÊNCIA: ☐ ☐ c ☐

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 23/06/2016

25 - Grau de Parentesco com a vítima: MÃE
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: Falecidos:
30 - Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0
33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: Luciano Alves dos Santos

CPF: 054.973.854-19

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: EVANEIDE AMONDO DA SILVA

CPF: 985.480.004-06

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CABROBOPE, 17 DE JUNHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TANARES BURIL

ANAL FABETO
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5811194 DATA DE EXPEDIÇÃO 27.11.1996

NOME
GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

FILIAÇÃO
**João Cavalcanti dos Santos
Ivaneide Gonçalves dos Santos**

NATURALIDADE
Cabrobo, PE

DATA DE NASCIMENTO
08.03.1979

DOC. ORIGEM
C.N.5295L.A05.F.260v.da Cart de Cabrobo, PE

CPF

Det. José Urbano Correia do Amaral
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 2008

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
007.986.104-09

Nome
GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

Nascimento
08/03/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ANEXO A "TOM"

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
3825.6A9E.8546.03AA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:08:43 do dia 28/08/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

22 01/2201055-0000013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO
08/03/1979

MUNICÍPIO
CABROBO

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLÍCAR DINIZ

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRBA

3

13

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.794.400 DATA DE EXPIRAÇÃO 14.11.2001

NOME

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

PRACÇÃO Antonio Gonçalves dos Santos
Maria Cavalcanti Gonçalves dos Sa
tos

NATURALIDADE Cabrobo-PE DATA DE NASCIMENTO 17.10.1958

DOC ORDEM CC-1740.L.801.F.32. do Cart.

CPF Cabrobo-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 17/10/1958 Nº INSCRIÇÃO 0212 5202 0850 ZONA 077 REGÃO 0014

MUNICÍPIO/UF CABROBO/PE DATA DE EMISSÃO 26/09/2013

JURAMENTO ELEITORAL

MARCUS CÉSAR SARMENTO GADELHA

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

IVANEIDE G. dos Santos

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

684.328.524-49

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

17/10/1958

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Fevereiro/2003

CORREIOS

www.correios.com.br

Documentos de Identificacao



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

04.742.616-03 23-09-2014

JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS

ANDRÉ GONÇALVES DOS SANTOS

MARIA VIEIRA CAVALCANTE DOS SANTOS

SÃO PAULO SP 19-01-1952

C.CAS. CM CABROBÓ PE DS

SEDE LV 01 FL 32V RT 1740

493.982.615-53

Flavilda U.S. de Oliveira

LEI Nº 7.116 DE 28-08-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MAIOR DE 60 ANOS

NÃO PLASTIFICAR

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA LIDER DEPUT - 22 01/12/2016 15:22 - 000000217

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contas de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1206140/16
Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 007.986.104-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/05/2015
Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Outros



IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

JOAO CAVALCANTI DOS SANTOS : 493.982.615-53

Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 21/12/2016
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 684.328.524-49

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/12/2016
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Patrícia Aleixo Silva

TERMO DE RENÚNCIA

Eu, JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS, portador(a) do RG n.º 04.742.616-03, expedido por SSP/BA, inscrito no CPF/MF N.º 493.982.615-53, RESIDENTE E DOMICILIADO NA Rua Maranhão, n.º 100, Bairro: Taberaba, Juazeiro/BA, na condição de PAI de GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, brasileiro, SOLTEIRO, nascido em 08/03/1979, portador da cédula de identidade (RG) n.º 5811194, expedida por SSP/PE, inscrito no CPF n.º 007.986.104-09, que figura como vítima fatal do acidente de trânsito ocorrido em 25/05/2015, referente ao seguro DPVAT, neste ato, desde já, renuncio a cota parte da indenização a qual tenho direito do mencionado seguro, EM FAVOR da MAE da vítima a Srª IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS, brasileira, casada, aposentada, portadora da cédula de identidade (RG) n.º 2.794.400, expedida por SDS/PE, inscrita no CPF n.º 68432852449, residente e domiciliado na Fazenda Roça Nova, s/n, Zona Rural, Cabrobó/PE, CEP 56180-000, também beneficiária deste mesmo seguro.

Tenho absoluta e plena consciência que esta decisão é definitiva e irrevogável. Por ser a expressão da verdade. Firmo o presente.

Cabrobó/PE, 30 de Agosto de 2016



Assinatura do (a) Renunciante

Dados testemunha a rogo

Nome ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SRª
RG N.º 3655208 - SSP/PE CPF N.º 023.359.264-75

Ilma Gonçalves dos Santos Srª
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

Testemunha 1

Nome EVANEIDE AMANDO DA SILVA
RG N.º 1795195 - SSP/PE CPF N.º 985.480.004-06

Evaneide Amando da Silva
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

Testemunha 2

Nome LUCIANO ALVES DOS SANTOS
RG N.º 6568952 - SDS/PE CPF N.º 034.973.854-19

Luciano Alves dos Santos
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

VERSO
ARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Comarca de Cabrobó

VERSO
ARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Comarca de Cabrobó

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO - Rua Juvenal de Deus, 100 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 01010-000
 E-mail: juvenal@oficio1.com.br - Fone/Fax: (11) 3075-1134 - www.oficio1.com.br - Cartório - Pernambuco

Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (1) **ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SA.** (1) **EMANUELE APARDO DA SILVA**
 Dou fe. Cabrobo, 30/08/2013, 13:46
 Em Testemunho **Robson Barros da Costa** da verdade. Substituto
 Ao Cartório: R\$ 6,32 - TSE: R\$ 1,46 - FERC: R\$ 0,72
 - Total: R\$ 8,72, 0075010.01343, 0075010.01343, 0075010.01343

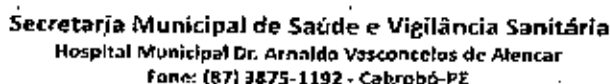


CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO - Rua Juvenal de Deus, 100 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 01010-000
 E-mail: juvenal@oficio1.com.br - Fone/Fax: (11) 3075-1134 - www.oficio1.com.br - Cartório - Pernambuco

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) **LUCIANO ALVES DOS SANTOS**
 Dou fe. Cabrobo, 30/08/2013, 13:46
 Em Testemunho **Robson Barros da Costa** da verdade. Substituto
 Ao Cartório: R\$ 3,28 - TSE: R\$ 0,72 - FERC: R\$ 0,37
 - Total: R\$ 4,35, 0075010.01343, 0075010.01343, 0075010.01343

Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selo-digital





Sexo: Masculino Setor: Emergência Cor: Parda
 Nº do Registro: M 443 Hora: 14:42 Data: 25/05/2015
 Paciente: Gilberto Gonçalves dos Santos O. Nasc.: 08/03/1979
 Endereço: Rua Rôen Nova, Cabedelo Idade: 36
 Filiação: Adilson Constantino dos Santos e Alineide G. dos
 CPF: _____ Identidade: 5811194 Santos
 Profissão: Agricultor Peso: _____ Temperatura: _____ PA _____
 Atendimento Clínico () Pediátrico () Cirúrgico () Obstétrico ()
 Acid. Trans. () Acid. Trabalho () Agressão () Outros ()

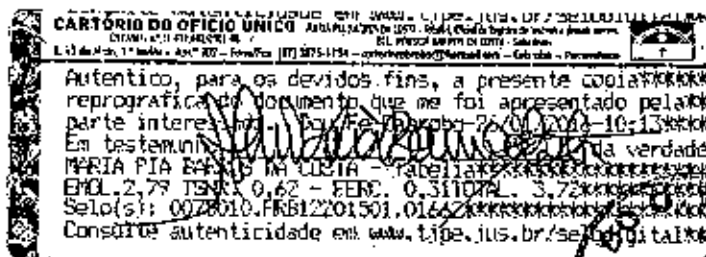
HISTÓRIA DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente t. de trânsito (ônibus muito comum) chega ao serviço em prancheta virada para proteção da

Columna cervical.
aproximada, trancada en (dca) +
monoclonal en nervios espinales.

Murderer sent to prison for 5 years
for murder of 550 people. 130/80.
Prison: prison for 5 years
Sally 1951 Sally 1951

Assinatura Aux. de Enfermagem



SECURITY INFORMATION - ZK 01/17/2016 15:23 - 9007000000000000

S8 29% moral ou 24h.
 Depressão 01g 1na cl 16/6 km.
 Votou 01g 14 15/00
 leticia de oz ciênta

Sobito 1km vda 10m 11.
 kulas artroscopia 300g 1na cl 15/00

Marcos Bispo
 Médico
 CRM-PA 1465
 CRM-PA 25815

As 21:00h dia 25/05/15: Paciente consciente, ori-
 entado, apnéu, eupnéu (FR: 20ipm), normotenso (PA: 120x
 80mmHg), normocárdico (FC: 68ipm), refere não sentir HMB
 e HSS. Refere dor, m. b. s. r. a; abdome flácido. ~~156922~~
 plant 01g 1na cl 8/11 12

As 21:57h 25/05/15: Solicitada vaga para
 transferência sob cod 135137692 no SCSRG.

Enfermeira
 COREN-PE 156922

As 06:00 26/05/15 paciente: foi transferido
 para o HTU (transm) Petrolina. Acompanha-
 do por familiares (mãe) e p. t. e. de enfer-
 meira Enzo. ———— ~~156922~~ 368088-TE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba, s/n - centro - Petrolina-PE- CEP.56.304-205

NOME: <u>Guilherme Evaristo dos Santos</u>		PRONT: BOX L
DIAGNOSTICO: <u>1) T. em. Nosg. / 2) TRA</u>		DATA CIRURGIA: <u>21/07/2015</u> HORA: 17:30HS
PROCEDIMENTO: TRAQUEOSTOMIA		
CIRURGIÃO: DR. <u>Agostinho</u>	ANESTESISTA: O MESMO	
1º AUX.: DRA FELIPE	2º AUX.	
ANESTESIA: LOCAL + SEDAÇÃO		
1. PACIENTE EM DDH; SEDADO COM MIDAZOLAM 7,5MG E FENTANIL 250µL EV 2. ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS 3. BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL 4. INCISÃO VERTICAL DE APROXIMADAMENTE 04 CM E ABERTURA POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA TRAQUEIA. 5. INCISÃO DA TRAQUEIA NO 3º ANEL TRAQUEAL, INCISÃO LONGITUDINAL. 6. EXERESE DO 3 ANEL TRAQUEAL ANTERIORMENTE 7. INTRODUÇÃO DE TRAQUEÓSTOMO Nº 8,0 SEM INTERCORRÊNCIAS. 8. FIXAÇÃO DO TRAQUEÓSTOMO COM FITA DISPONIBILIZADA PELO FABRICANTE. 9. CURATIVO LOCAL 10. SPO2 97% APÓS TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.		

Dr. Felipe Almeida de Oliveira
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM-BA 23214
CRM-PE 19808



Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - LEBSERH
SUAPE: 219.2862

Ficha de Atendimento

Tel: 8364 3076

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50299809

Paciente: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Mãe: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO ROSA NOVA, Nº 0 - ZONA RURAL - CABROBÓ/PE - 56180

CNS: 162216461630001

Doc. Identificação: 5811194

Nasc.: 08/03/1979 Idade: 36

Telefone: (87) 91545587

Telefone:

Classificação de Risco / Anamnese

OK

Hora de início da Triagem: ____ : ____

TRAUMA	ESTADO GERAL	EXTREMIDADES
☒ Acidente de Trânsito	☐ Bom	☐ Bem Perfundidas
☐ Acidente de Trabalho	☐ Regular	☐ Mal Perfundidas
☐ PA Branca	☐ Precário	
☐ PAF	☐ Hidratada	
☐ Violência	☐ Desidratada ____ /4+	
☐ Outros	☐ Acianóticas	
	☐ Cianóticas ____ /4+	
	☐ Hipocoradas	
	☐ Anictéricas	
	☐ Ictéricas	

RNM cervical
26/05
Vermelho

QUEIXA PRINCIPAL	SINAIS VITAIS	PUPILAS
	Arterial: 113/66 mmHg FC: ____ min.	☐ Isocóricas e fotoreagentes
	P= ____ bpm Freq. Resp.= ____ Rpm	☐ Anisocóricas

HU - UNIVAS
CONFERE COM O RESPONSÁVEL
DATA: 26/05/2015
Av. José de Sá Manicoba, S/N - Petrolina/PE

Michella Mendes P. Data/Hora do Término da Triagem

Enfermeiro/Coren

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente de 36 anos, masculino, de Cabrobó - PE, com histórico de acidente de trânsito (carro batido) resultando em lesão neurológica (tetraplegia).
A - Usar óculos práticos + corer e proclamar.
B - Respirando espontaneamente.
C - Sem sinais de choque.
D - glicemia 10 (44/511) tetraplegia.
E - Ferido na tórax em PE.
CD: Solução TC de coluna cervical e torácica.
Alto do Cirúrgico Geral.
Fusão de Neurologia.

Ass. Paciente:

Saída: ____ : ____ Hora: ____ : ____

NCR # (26/05/15) 11:45h

Galvan Gonçalves, 36a, regulado de cabotagem com história de acidente motociclístico (colisão moto/carro) ontem. Apresenta-se com tetraparesia e TC de coluna cervical mostrando fratura de C3. $CCG(1+5+8)=19$, pupilas isocóricas fotométricas, com descreta movimentação do HIE nos membros inferiores.

HD: 1- TRM (Fratura instável)

CD: 1- Colocar o colar cervical

2- Retirar placa rígida (Retirar o pedimento inferior)

3- VPM.

Prescrição.

1- Dieta branca mastigada

2- SF0,31 2000ml, IV, 24h D^0 P^0 B^0 4^0

3- Repouso absoluto no leito com colar cervical e coxim lateral.

4- Tabatfel 1AMP + AD, IV, 12/12h D^0 - 24

5- Dipirona 1A + AD, IV, 6/6h SN D^0 - 18 - 24. 06

6- Metoprolol 1A + AD, IV, 8/8h SN

7- 3EUV + CCGG

8- Sol APAC TC Col Cervical

9- 1A CC

Dr. Dário Rangel
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-PE: 25.179

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2962 HU UNIVASF / EBSERH

HU - UNIVASF
CONFERE COMO ORIGINAL
DATA: 26/05/2015
Av. José de Sá Mamede, S/N - Petrolina-PE

Galvan Gonçalves de Sá
26/05/15 10:00
AME
TC CERVICAL C92 / D01251
FELICIANO

RELATORIO MEDICO

NOME: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: 26/05/15

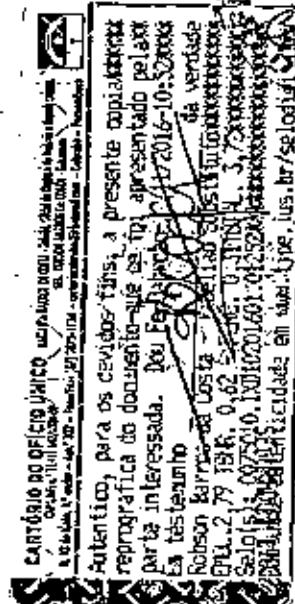
DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. TRM CERVICAL COM FRATURA DE C3
2. TETRAPARESIA
3. DEPRESSÃO - EM TRATAMENTO
4. PNEUMONIA NOSOCOMIAL (SUPERADA)
5. CHOQUE HEMODINÂMICO-SÉPTICO DE FOCO PULMONAR + NEUROGÊNICO (SUPERADO)
6. ITU - SUPERADA

PACIENTE, 36 ANOS, ADMITIDO NO SERVIÇO, DIA 26.05.15, REGULADO DE CABROBÓ-PE, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ UM DIA DA ADMISSÃO, APRESENTANDO DÉFICIT NEUROLÓGICO (TETRAPLEGIA). REALIZADO TC DE CRÂNIO A ADMISSÃO QUE EVIDENCIOU FRATURA DE C3. AVALIADO PELA EQUIPE DE NEUROCIRURGIA, QUE IDENTIFICOU TRM (TRAUMA RAQUIMEDULAR) CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C3, SEM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DEVIDO À DEPENDÊNCIA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. PACIENTE EVOLUIU EM UTI, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM DIFÍCIL DESMAME DA VM, EM USO INTERMITENTE DE CPAP.

DIA 04.09.15 FORA ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, ONDE EVOLUI COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS, ASSOCIADO A DISÚRIA, DOR EM HIPOGASTRO E UM PICO FEBRIL, SENDO ENCAMINHADO À SALA



17/12/15
Dr. Luiz Vasconcelos
CRM 21984
CRA 27049

HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS SENDO ENCAMINHADO À UNIDADE
CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS ASSOCIADA À DISPLASIA DOV EM
NÍVEL 2700 FACTOR COM HEMODINÂMICA DO NÍVEL DE
DIA 04/08/12 FOVA ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA

INTERMITENTE DE CVAE

HEMODINAMICAMENTE COM DÉFICIT DEGRADADO DA 'AM' EM PRO
MECANICA PACIENTE EXISTENTE EM QUE INCLUIR
PROCESSO CIRÚRGICO DEVIDO À DEFICIÊNCIA DE VENTILAÇÃO
PROLONGADA) CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C3 SEM
DE NEUROCISSÃO QUE IDENTIFICOU TRM (FRATURA
ADMISSÃO QUE EVIDENCIA FRATURA DE C3 AVANÇADO SEGUNDO
NEUROLOGICO (TETRAPARESIA) REALIZADO TC DE CRÂNIO E
ULTRASSONOGRAFIA NA DIA DA ADMISSÃO REPRESENTANDO DÉFICIT
RESOLUÇÃO DE CERVICO-DE COM FRATURA DE ACIDENTE
PACIENTE 39 ANOS ADMITIDO EM SERVIÇO DIA 28/02/12

0. ITU - SUPERADA

NEUROGÊNICO (SUPERADA)

2. CHOQUE HEMODINÂMICO-SEPTICO DE FOCO PULMONAR

4. PNEUMONIA HOSPICIÁRIA (SUPERADA)

3. DEPRESSÃO EM TRATAMENTO

5. TETRAPARESIA

4. TRM CERVICAL COM FRATURA DE C3

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

DATA NASCIMENTO: 08/03/1978

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: 28/02/12

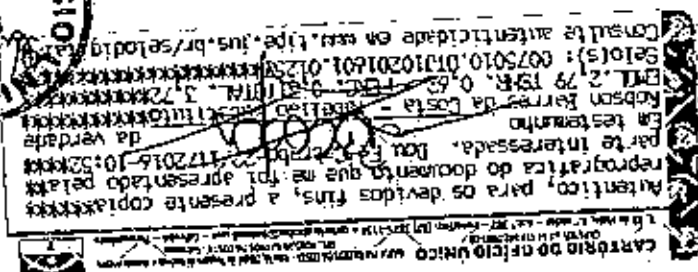
NOME: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

AMARELA E INICIADA. ANTIBIOTICOTERAPIA, COM MELHORA POSTERIOR DO QUADRO CLÍNICO. DIA 11.09, FOI AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA, QUE CONTRAINDICOU O TRATAMENTO CIRÚRGICO, DEVIDO AO TEMPO DO TRAUMA, PRESENÇA DE INFECÇÕES E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, INDICANDO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE FOI, ENTÃO, NOVAMENTE ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, DIA 03.10, ONDE EVOLUIU ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AGUARDANDO VAGA EM HOSPITAL COM LEITO DE RETAGUARDA EM CABROBÓ-PE, PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. EVOLUIU COM PIORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO E RNC, SENDO ENCAMINHADO À SALA VERMELHA PARA ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO. ADMITIDO NA SALA AMARELA, DIA 12.11.15, EM VM, PARA CONDUÇÃO DO QUADRO. EVOLUIU COM PICOS FEBRIS E QUEIXA DE DISURIA, SENDO INICIADO CEFEPIME APÓS SUMÁRIO DE URINA CONFIRMANDO ITU.

NO MOMENTO PACIENTE ENCONTRA-SE INTERNADO EM AMBIENTE HOSPITALAR (HU-UNIVASF - PETROLINA-PE), EM ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA, CONTACTUANTE (GLASGOW 15), COM SINAIS DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM PRESENÇA DE ULCERA SACRAL EM PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO, ESTANDO RESTRITO AO LEITO. APRESENTA-SE DEPENDENTE DE OXIGENAÇÃO SUPLEMENTAR POR VENTILAÇÃO MECÂNICA, TENDO SIDO REALIZADO TESTES DE RETIRADA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NOS ÚLTIMOS 204 DIAS DE INTERNAMENTO, SEM SUCESSO.

12/12/15
Dr. André Vasconcelos
CRM-BA 27048



SEGURO DPVAT

DADOS BASICOS DO PROCESSO

1) COBERTURA: MORTE

2) VITIMA: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

3) DATA DO ACIDENTE: 25/05/2015

4) DATA DO OBITO: 23/06/2016

5) BENEFICIARIOS:

(A VITIMA ERA SOLTEIRO, NÃO TINHA FILHOS E NEM COMPANHIA)

a) OS PAIS:

i) - IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS (MAE);

ii) - JOÃO CAVALCANTE GONÇALVES (PAI) "RENUNCIOU A SUA

COTA EM FAVOR DA MAE DA VITIMA"

OBSERVAÇÃO:

A vítima sofreu acidente de trânsito em 25/05/2015, conforme Boletim de Acidente de Trânsito em anexo. Na mesma data foi atendido no Hospital Municipal de Cabrobó/PE. No dia seguinte (26/05/2015) foi transferido para o Hospital de Urgências e Traumas (HU UNIVASF) em Petrolina/PE, onde permaneceu internado até dois dias antes do óbito.

Dois dias antes do óbito a vítima foi transferida para uma espécie de leito em domicílio, onde veio a óbito na data de 23/06/2016.

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

Endereço: Fazenda Rosa Nova, s/n,
Zona Rural, Cabrobó/PE,
CEP: 56180-000

Telefone: (87) 99944 3053

E-mail: luciano.djl@hotmail.com

SEGURO LIDER SEGURO PRIVAT
RUA SENADOR DANTAS, 74, 15º ANDAR
BAIRRO - CENTRO
RIO DE JANEIRO
CEP: 20031205



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LEI Nº 116 DE 29/06/63

LEI Nº 116 DE 29/06/63

LEI Nº 116 DE 29/06/63



Marcilea Batista Gonzaga

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.585.159

16/10/2008

<< MARCLEA BATISTA GONZAGA >>

<< JOAQUIM JUSTINO BATISTA >>

<< MARIA LUZANIRA DOS SANTOS >>

CABROBÓ - PE

04/07/1975

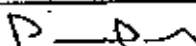
<< CC.2637 L.B8 F.135V CART.CABROBÓ-
PE 18.01.2006 >>

882.445.204-34

ASSINATURA DO OMI

LEI Nº 116 DE 29/06/63

F-31 22.07.18 4431

 VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 868735863	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME STANISLAV AMARDO DA SILVA	
	C.R.C. CÂMBIO NACIONAL Nº 1195195 287 29	
	CPF 289.450.004-05	DATA DO CÂMBIO 08/05/1974
FUNÇÃO PERMITEU HABILITAR DA SILVA TRACENA AMARDO DA SILVA		
ASSINATURA 	ASS 	CÉLULA AS
N.º PASSAPORTE 04752879215	VALIDADE 07/02/2019	EMISSÃO 15/09/2009
OBSERVAÇÃO sem observações		
Assinatura do titular 		
LOCAL SALGUEIRO - PE		DATA DO CÂMBIO 10/01/2016
Assinatura do titular 		Nº do documento 77486945387 2895274661
OLTRAX - PL (PERMANENTE)		

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3160755118

☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
10/01/2019	

Recebido em 14/01/2019
Empresso em 16/01/2019

Nome: Antônio Cláudio

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.985.104-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2015

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS
SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Certidão de óbito

Documentos de identificação

Outros

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS : 493.982.615-53

Documentos de Identificação

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 684.328.524-49

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

SINISTRO 3160755118

VÍTIMA: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

COBERTURA: Morte

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO:** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 68432852449

RECEBIDO

10 JAN 2019

Seguradora Líder DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Número do Sinistro: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2015

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS
SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS
CPF: 493.982.615-53

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

SINISTRO: 3190040410

VÍTIMA: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

COBERTURA: Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:
SEGURADORA LIDERDPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

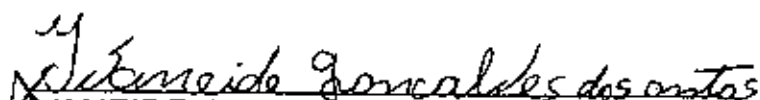
BENEFICIÁRIO: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

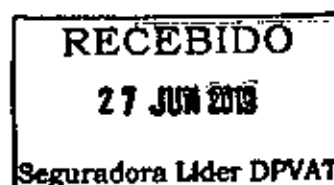
CPF: 68432852449

A BENEFICIARIA ACIMA IDENTIFICADA, VEM POR MEIO DESSE:

1. Informar não mais tem contato com o beneficiário JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS;
2. Declarar que o beneficiário JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS renunciou a sua respectiva cota em favor da beneficiaria IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS, conforme documento juntado ao processo;
3. Declarar que a vítima sofreu acidente em 25/05/2015, sendo imediatamente atendida pelo Hospital Municipal de Cabrobó/PE (Hospital Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar);
4. Declarar que em 26/05/2015 a vítima foi transferida para o HU / UNIVASF, onde permaneceu internado no período de 26/05/2015 a 15/06/2016 (386 dias);
5. Declarar que em 15/06/2016 a vítima teve alta hospitalar para tratamento em Home Care.
6. Declarar que aos 23/06/2016 (*oito dias depois*) a vítima veio a óbito, em decorrência das lesões causadas pelo acidente;
7. Declarar que em 13/06/2019 procurei o HU / UNIVASF com a finalidade de obter cópia do prontuário e outros documentos com o objetivo de cumprir exigência da Seguradora Líder. Que o HU / UNIVASF forneceu documentos em anexo e informou que não possui documentos relativos ao tratamento em home care;
8. Declarar que em 13/06/2019 procurei o IML em Petrolina/PE e lá fui informada que não houve atuação do referido órgão no presente caso, de forma que não há como obter laudo do IML.

Cabrobó/PE, 14/06/2019


IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS




 SI. ma. Ministério
 Único de da
 Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HU/UNIVASF

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HU/UNIVASF

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

50299809

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 2 2 1 6 4 6 1 6 3 0 0 0 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/03/79

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO ROSA NOVA - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CABROBÓ

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente q/ história de acidente motorciclístico com
 tetraparesia. TC cervical revela fratura de C5.

Michella Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU-UNIVASF/EBSERH
 011-349-9869

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

HU - UNIVASF
 CONFERE COM ORIGINAL
 13/06/2014

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

TC cervical q/ fratura de C5.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRM

24 - CID 10 PRINCIPAL

S122

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303040114

29 - CLÍNICA

30 - CARATÊ

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

2 CPF

0516

896

304

291

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/5/15

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - Nº DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - Nº DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/05/15

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Eliana Maria Vieira Rosa
 CREMEPE: 9229 PE

Autorizadora

Ficha de Atendimento

Tel: 8864 3076

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50299809

Paciente: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Mãe: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO ROSA NOVA, N.º 0 - ZONA RURAL - CABROBÓ/PE - 56180

CNS: 162216461630001

Doc. Identificação: 5811194

Nasc.: 08/03/1979

Idade: 36

Telefone: (87) 91545587

Telefone:

(87) 9169-3057 Luanne de - m

Classificação de Risco / Anamnese

OK

Hora de início da Triagem: ____ : ____

TRAUMA

- ☒ Acidente de Trânsito
☐ Acidente de Trabalho
☐ PA Branca
☐ PAF
☐ Violência
☐ Outros

ESTADO GERAL☐ Bom☐ Regular☐ Precário☐ Hidratada☐ Desidratada ____ /4+☐ Aclanóticas☐ Cianóticas ____ /4+☐ Hipocoradas☐ Anictéricas☐ Ictéricas**EXTREMIDADES**☐ Bem Perfundidas☐ Mal PerfundidasRNM
cervical
26/05
Vermelho**QUEIXA PRINCIPAL**Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
RUA IVASS / EBSERH
81210-2002**SINAIS VITAIS**

Pressão Arterial: 115/76 mmHg FC: ____ min.

T= ____ °C

Freq. Resp.= ____ Rpm

PUPILAS☐ Isocóricas e fotoreagentes☐ Anisocóricas

Data/Hora do Término da Triagem

Enfermeiro/Coren

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente regular do Cabrobó - PE com história de acidente automobilístico (carro batido) referindo déficit neurológico (hemiparesia).

A. Visão correta proxim + color e proclama.

B. Respirando espontaneamente.

C. Sem sinais de choque.

D. glicose 10 (44511). hemiparesia.

E. Perda súbita em PE.

CP: Solicito TC de crânio cervical e torácica.

Alto do Cirurgião Geral

Ass. Paciente:

Valério Walter

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

NCR # (26/05/15) 11.45h.

Gilvan Gonçalves, 36a, regulado de cabuço com história de acidente motociclístico (colisão moto/carro) ontem. Apresenta com tetraparesia TC de cefala cervical mostrando fratura de C3.

ECG(1+5+6)=15, pupilas reativas, glossofaringeais, com decréscimo na movimentação do NTE nos membros inferiores.

HD: 1- TRM (Fratura fratura)

- CD: 1- Colocar o colar cervical
2- Retirar garrucha negativa (Retirar e manuseio em 3- VPM)

Prescrição:

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
RUA: F19: P190



- 1- Dita branda amida
- 2- SF0,5%. 2000ml IV, 24h. 12: 3: 4:
- 3- Reparo absoluto no loto com colar cervical e cefala
- 4- Talat/ 1AMP + AD, IV, 12/24h 12- 24
- 5- Digivona 1A + AD, IV, 6/6h 5x 12- 18- 24. 06
- 6- Metoclopramida 1A + AD, IV, 8/8h 5x
- 7- SSUV + CC GG
- 8- Sol PPA C TC col cervical
- 9- TA CE

R. Bruno Rangel
B. Neurológica
Campes: 2015

EXAMES RESPOSTAS
Dr. Uen Gonalves da Silva
26/05/15 10:05
AME SOLICITADO
CNCB RESPONSÁVEL
Dr. Uen Gonalves da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba, s/n - centro - Petrolina-PE- CEP.56.304-205

TERMO DE AUTORIZAÇÃO
DE TRAQUEOSTOMIA

Eu, Luaneide Gonçalves dos Santos, portador de
RG 2.794.000, na condição de mãe do paciente
Orlando Gonçalves dos Santos e estando ciente do estado de saúde do mesmo, fui
esclarecido a respeito dos riscos e benefícios para **Traqueostomia** do paciente, pelo médico
assistente, e autorizo tal procedimento, na condição de ser parente mais próximo.



Michelly Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
CNPJ nº 210.2099

Luaneide C dos Santos
Assinatura

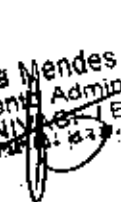
Petrolina-PE, 29 de maio de 2015.

Testemunhas _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicuba, s/n - centro - Petrolina-PE- CEP.56.304-205

NOME: <u>Gilvan Leonardo de Santos</u>		PRONT: BOX L
DIAGNOSTICO: <u>1) Tny Nosp. / 2) TRM</u>		DATA CIRURGIA: <u>27/02/2020</u> HORA: 17:30HS
PROCEDIMENTO: TRAQUEOSTOMIA		
CIRURGIÃO: DR <u>Agostinho</u>	ANESTESISTA: O MESMO	
1º AUX.: DRA FELIPE	2º AUX	
ANESTESIA: LOCAL + SEDAÇÃO		
1. PACIENTE EM DDH; SEDADO COM MIDAZOLAM 7,5MG E FENTANIL 2ML EV 2. ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS 3. BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL 4. INCISÃO VERTICAL DE APROXIMADAMENTE 04 CM E ABERTURA POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA TRAQUEIA. 5. INCISÃO DA TRAQUEIA NO 3º ANEL TRAQUEAL, INCISÃO LONGITUDINAL. 6. EXERESE DO 3 ANEL TRAQUEAL ANTERIORMENTE 7. INTRODUÇÃO DE TRAQUEÓSTOMO Nº 8,0 SEM INTERCORRÊNCIAS. 8. FIXAÇÃO DO TRAQUEÓSTOMO COM FITA DISPONIBILIZADA PELO FABRICANTE. 9. CURATIVO LOCAL 10. SPO2 97% APÓS TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.		


 Dr. Felipe Almeida de Oliveira
 Médico Residente Cirurgia Geral
 CRM-BA 23214
 CRM-PE 19208


 Michella Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU UNIVASF
 Data: 13.08.2020


 HU - UNIVASF
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 13.08.2020

Sumário de Alta

folha: 1 / 3

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Gilvan Gonçalves Dos Santos

Prontuário: 5029980/9

Idade: 37 anos 3 meses

Sexo: Masculino

Leito: 107I

Data internação: 26/05/2015

Data Alta: 15/06/2016

Permanência: 386 dias

Convênio: Sus

Equipe responsável: Tiago Gomes Pires
Hu Univasf

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

outros traumatismos e os não especificados da medula cervical (s14.1)

Diagnóstico principal na Alta

Outros traumatismos e os não especificados da medula cervical (S14.1)

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF EBSERH
DIANE 116.982

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

18/11/2015 TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

05/09/2015 Fisioterapia Respiratória

24/08/2015 Fisioterapia Motora

HU - UNIVASF
CONFERE COM ORIGINAL
15/06/2016

4. EVOLUÇÃO

#ID: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, 37 ANOS (DN: 08/03/1979), 387º DIH (INTERNAÇÃO: 26/05/15)
REGISTRO: 50299809

HD: 1. TRM CERVICAL (25/05/15) COM FRATURA DE C3;

2. TETRAPARESIA DOS MEMBROS SEC A P1;

3. DEPRESSÃO;

4. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA / VM;

5. CHOQUE HEMODINÂMICO-SÉPTICO DE FOCO PULMONAR + NEUROGÊNICO - SUPERADO;

6. ITU - SUPERADA;

7. SEPSE DE FOCO PULMONAR - SUPERADA;

8. DESNUTRIÇÃO GRAVE.

HDA: PACIENTE ADMITIDO NO SERVIÇO DIA 26/05/15, REGULADO DE CABROBÓ-PE, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 01 DIAS DA ADMISSÃO, APRESENTANDO DÉFICIT NEUROLÓGICO (TETRAPLEGIA). REALIZOU TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL QUE EVIDENCIOU FRATURA DE C3 E FOI AVALIADO PELA EQUIPE DE NEUROCIRURGIA, QUE IDENTIFICOU TRM CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C3; SEM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DEVIDO À DEPENDÊNCIA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. PACIENTE EVOLUIU EM UTI INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM DIFÍCIL DESMAME DA VM EM USO INTERMITENTE DE CPAP, DIA 04/09/15. FOI ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, ONDE EVOLUIU COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS, ASSOCIADO A DISÚRIA, DOR EM HIPOGÁSTRIO E UM PICO FEBRIL, SENDO ENCAMINHADO À SALA AMARELA E INICIADA ANTIBIOTICOTERAPIA, COM MELHORA POSTERIOR DO QUADRO CLÍNICO. AO DIA 11/09/15 FOI AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA, QUE CONTRAINDICOU O TRATAMENTO CIRÚRGICO, DEVIDO AO TEMPO DO TRAUMA, PRESENÇA DE INFECÇÕES E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, INDICANDO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE FOI ENTÃO NOVAMENTE ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA AO DIA 03/10/15, ONDE EVOLUIU ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AGUARDANDO VAGA EM HOSPITAL COM LEITO DE RETAGUARDA EM CABROBÓ-PE PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. EVOLUIU COM PIORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO ENCAMINHADO À SALA VERMELHA PARA ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO. ADMITIDO POSTERIORMENTE NA SALA AMARELA, AO DIA 12/11/15, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, PARA CONDUÇÃO DO QUADRO. EVOLUIU COM PICOS FEBRIS E QUEIXA DE DISÚRIA, SENDO INICIADO CEFEPIME APÓS SUMÁRIO DE URINA CONFIRMANDO ITU EM 01/02/16. PACIENTE ENCONTRAVA-SE EM USO DE VM SOB TRAQUEOSTOMIA, MANTENDO-SE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE,

HU UNIVASF
EBSERH

Sumário de Alta

Identificação

Gilvan Gonçalves Dos Santos

Leito: 107I

Carlos Souza
Médico
CRM: 19256

5029980/9

Sumário de Alta

folha: 2 / 3

PORÉM EVOLUINDO COM NOVO QUADRO SÉPTICO. FOI INICIADO TRATAMENTO COM POLIMIXINA B NO DIA 13/04/16, PORÉM CURSOU NO FINAL DO TRATAMENTO COM NOVA LEUCOCITOSE + HIPOTENSÃO + PICO FEBRIL (39,5°C). CONVERSANDO COM CCIRAS QUE ORIENTOU COMEÇAR ANTIBIÓTICO BASEADO NA ÚLTIMA CULTURA POSITIVA. COMO APRESENTOU CULTURA DE ASPIRADO TRAQUEAL POSITIVA PARA MORGANELLA MORGANI, FOI INICIADO PIPERACILINA-TAZOBACTAM BASEADA EM ANTIBIOGRAMA, FEITO RELATÓRIO MÉDICO SOLICITADO PELA PROMOTÓRIA PÚBLICA PARA VIABILIZAR MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR. UROLOGISTA SUGERIU SVD DE 15/15 DIAS/CATETERISMO INTERMITENTE E AVALIOU QUE ESTUDO URODINÂMICO NÃO É FAVORÁVEL AO CASO DEVIDO A BEXIGA NEUROGÊNICA, NÃO SENDO INDICADA INTERVENÇÃO PARA CORREÇÃO DE ALTERAÇÕES DO TRATO URINÁRIO. A EQUIPE DO HOMECARE AVALIOU O CASO, SINALIZANDO POSITIVIDADE PARA INTERNAMENTO DOMICILIAR. PACIENTE EVOLUIU COM FIM DA ANTIBIOTICOTERAPIA COM POLIMIXINA B (ANTIBIOTICO RECOMENDADO PELA CCIRAS), SEM PICOS FEBRIS, HIPOTENSÕES OU OUTRAS INTERCORRÊNCIAS. EQUIPE DE HOMECARE LIBEROU TRANSFERÊNCIA PARA CUIDADOS DE HOMECARE AO DIA 15/06/16, ESTANDO O PACIENTE, COM STATUS FUNCIONAL SUFICIENTE PARA REALIZAÇÃO DA MESMA. PROCEDO ALTA HOSPITALAR PARA CUIDADOS EM HOMECARE.

Medicamentos Atuais: 1. ENOXAPARINA 40mg, 1x/dia;
2. FLUOXETINA 20MG/DIA
3. NBZ SF 0,9%
4. INSULINA CONFORME HGT
5. OMEPRAZOL 20MG VO;
6. DIMETICONA 40GTS, 4/4H;
7. DAPIRONA SN

FEZ USO: 1. LEVOFLOXACINO D8;
2. GEFTRIAXONA D7;
3. CEFEPIME D10;
4. MEROPENEM D7;
5. AMICACINA D7;
6. PIPERACILINA-TAZOBACTAN D7;
7. VANCOMICINA D7;
8. CEFEPIME D7;
9. AMPICILINA-SULBACTAN D8;
10. POLIMIXINA B D4;
11. MEROPENEM D7;
12. POLIMIXINA B D10;
13. PIPERACILINA-TAZOBACTAN D7;
14. AMIDULAFUNGINA D14;
15. POLIMIXINA B D14.

EM USO: 1. SNE;
2. TQT;
3. VM MODO CPAP/BPAP - USO INTERMITENTE;
4. UROPEN.

DE: PAS: 100-120 mmHg
PAD: 70-80 mmHg
Tax: 35,7-36,9 °C
HGT: SEM REGISTRO mg/dL

DS: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS, RESPIRANDO SOB TQT + VM MODO BIPAP. RESTRITO AO LEITO, CONTACTUANTE. DIETA VIA Sonda COM BOA ACEITAÇÃO. DIURESE PRESENTE, VIA UROPEN. EVACUAÇÕES E FLATOS PRESENTES. SEM INTERCORRÊNCIAS NOS ÚLTIMOS DIAS.

#AO EXAME FÍSICO: EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIPOCORADO +1/4+, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TOQUE, CAQUÉTICO.
- ACV: RCR, EM 2T, BNF SEM SOPROS. FC: 92 BPM.

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 5/06/2016

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - EBSEERH
5029980/9

Carlos Souza
Médico
CRM 18295

HU UNIVASF
EBSEERH

Sumário de Alta

Identificação

Gilvan Gonçalves Dos Santos

Leito: 1071

5029980/9

Sumário de Alta

folha: 3 / 3

- AR: MV+ EM AHT, S/RA. FR: 36 IRPM (VM/BIPAP).
- ABD: PLANO, POUCO DISTENDIDO, FLÁCIDO, RHA+, SEM VMG OU MASSA PALPAVEL. TIMPÂNICO.
- NEURO: GLASGOW 15T (O: 4 / V: 5 TQT / M: 6).

CD: 1. ALTA HOSPITALAR PARA CUIDADOS EM HOME CARE.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Atendimento domiciliar

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

Melhorado

Carlos Souza

Médico

CRM: 19256

15/06/2016, 10:38 h.

Dr. CARLOS EDMUNDO OLIVEIRA SOUZA CREMEPE 019256



Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
15/06/2016

HU UNIVASF
EBSERH

Sumário de Alta

Identificação

Gilvan Gonçalves Dos Santos

Leito: 1071

5029980/9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/05/2015

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS : 493.982.615-53

Documentos de identificação

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 684.328.524-49

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Número do Sinistro: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/05/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS
CPF: 493.982.615-53

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190040410** 3 - CPF da vítima: **007.986.104-09** 4 - Nome completo da vítima: **GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS** 6 - CPF: **684.328.524-49**
7 - Profissão: **APOSENTADA** 8 - Endereço: **FAZENDA ROÇA NOVA** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: **CABROBO**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **TERRA NOVA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56190-000**
15 - E-mail: **LUCIANO.ADV.DJL@GMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(87) 9 9100 7009**

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\$1.00 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 uma opção)

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

AGÊNCIA: **3491** ☐ CONTA: **3215** ☐ 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: **23/06/2016**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **MAE** 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: **LUCIANO ALVES DOS SANTOS**

CPF: **054.973.854-19**

Luciano Alves dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: **EVANEIDE AMANDO DA SILVA**

CPF: **985.480.004-06**

Evaneide Amando da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CABROBÓ/PE, 19 DE NOVEMBRO DE 2019**

X Ivaneide Gonçalves dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A471 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/08/2019

>> P/ CONSULTAR NOVO PERIODO, INFORME O DIA | EXTRATO POUPANCA MESES ANTERIORES
>> PARA CONSULTAR OUTRO MES PRESSIONE F4

AG: 3491 - CABROBO, PE

OPER: 013 CONTA: 3.215-9

PAG: 001

MES/ANO: 06 / 2019

PERIODO: DIA 01 ATE 31

CPF: 684.328.524-49

NOME: IVANEIDE GONCALVES DOS SA

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
20/06/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	10,33 C
24/06/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	10,33 C
24/06/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	10,35 C
27/06/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	10,35 C
27/06/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	10,37 C

20190619 0000000001 20190626 0000000002

F1 AJUDA F4 NOVA CONSULTA

F5 CONSULTA CTAS REMANEJADAS TWX2BC3F

F3 RETORNAR

F7 VOLTAR PAG.

F8 AVANCAR PAG.

F12 FINALIZAR

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.750,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03491

CONTA: 000000003215-9

Nr. da Autenticação 4957B4B5A217874A