
Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217480

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217480

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000028233-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217480 **Cidade:** Itapetim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	119.276.884-18	ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

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

Nome completo:	CPF:
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS	119.276.884-18
Profissão:	Número:
AGRICULTOR	710
Bairro:	Complemento:
ZONA RURAL	CASA
Cidade:	CEP:
ITAPETIM	56720-000
Estado:	Tel.(DDD):
PE	(87)99998-1477

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1296 13 CONTA: 28233 8	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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM - DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0260000064

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2019** às **11:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **3/12/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 01, BR 263 - Bairro: DISTRITO DE SÃO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DE SÃO VICENTE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)
CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA (OUTRO)
CLARA DOS SANTOS NUNES PRATA (TESTEMUNHA)
BRUNO OLIVEIRA DE DEUS (TESTEMUNHA)
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

21 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS**

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

ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS Pai: JOSE NILDO FERREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/11/1995 Naturalidade: ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SERAFIM PIANCO, 213 - CEP: 550000000 - Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALDILANE NUNES VIANA PEDROSA Pai: SEVERINO ALBUQUERQUE PEDROSA JUNIOR Data de Nascimento: 18/12/1998 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9190737/SDS/PE (RG), 07594864417 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **AVENIDA BRASIL, 01, O ENDEREÇO DA PESSOA CARLOS EDUARDO NÃO É AVENIDA BRASIL TIVE QUE REGISTRAR NESSE ENDEREÇO PARA QUE A ABA DO REGISTRO PUDESSE FECHAR, CONTUDO O ENDEREÇO ATUAL DA TESTEMUNHA É SÍTIO RIACHO FUNDO, Nº 50 - CEP: 550000000 - Bairro: JARDIM BOA VISTA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLARA DOS SANTOS NUNES PRATA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ROSEILMA FERREIRA DOS SANTOS Pai: JOSÉ GONÇALO NUNES Data de Nascimento: 23/4/1994 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA ESPERIDIAO DE SIQUEIRA, 8 - CEP: 550000000 - Bairro: DISTRITO DE SÃO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

BRUNO OLIVEIRA DE DEUS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE BRITO DEUS Pai: JOSE LEOMARQUES SIQUEIRA DE DEUS Data de Nascimento: 29/5/1998 Naturalidade: SAO JOSE DO

EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **TRAVESSA PEDRO PAES LIRA, 01, SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO / A TESTEMUNHA NÃO MORA NA RUA TRAVESSA PEDRO PAES LIRA TIVE QUE REGISTRAR NESSE ENDEREÇO CASO CONTRÁRIO O REGISTRO NÃO FECHAVA. OCORRE QUE A TESTEMUNHA MORA NO SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO - CEP: 55000000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEX2918** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **345010752** Chassi: **9C2KD0550BR043041**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

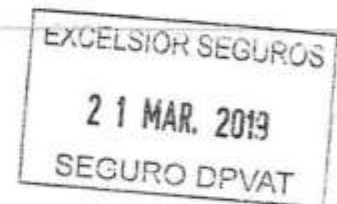
Descrição: **MOTO EM QUE A VÍTIMA USAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE**

Complemento / Observação

AOS DIAS SETE DO CORRENTE MES A VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS PROCUROU ESSA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR QUE TERIA SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA ENTRADA DO DISTRITO DE SÃO VICENTE SITUADO EM ITAPETIM/PE. AOS RELATOS DA VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS: INFORMA QUE ESTAVA Indo DE ITAPETIM (LOCAL EM QUE TRABALHA) PARA O DISTRITO DE SÃO VICENTE (LOCAL EM QUE MORA) PILOTANDO A MOTO ACIMA DESTACADA, NA BR 263, QUANDO DESVIU DE UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA PISTA ABARROANDO NUM OUTRO CAVALO QUE ESTAVA CORRENDO EM SENTIDO CONTRARIO AO DA VÍTIMA (ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS). A VÍTIMA RELATA QUE LOGO APÓS O ACONTECIDO FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS (BRUNO E CLARA) QUE PASSARAM LOGO EM SEGUIDA AO FATO. ATO CONTÍNUO A VÍTIMA (ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS) FOI LEVADA PARA O HOSPITAL DESSA URBE SENDO ENCAMINHADA PARA OUTRO HOSPITAL MEDIANTE A GRAVIDADE DO FERIMENTO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, POR TAIS RAZÕES ENCERRO O PRESENTE FEITO. A VÍTIMA APRESENTOU A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO: XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS: RG, CPF, ATESTADO, RECEITUÁRIO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ITAPETIM E PRONTUÁRIO. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA TESTEMUNHA CLARA DOS SANTOS: RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA TESTEMUNHA BRUNO OLIVEIRA: RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DE CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE: DOCUMENTO DA MOTOCICLETA (CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DO VEÍCULO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, RG E A CNH.

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

Alan Leonardo Alves dos Santos
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **EMMANUELLA FAISSALLA ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **3877345**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 119.276.884-18 Nome completo da vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

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

Nome completo: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS CPF: 119.276.884-18
Profissão: AGRICULTOR Endereço: FZ. CACIMBA SALGADA Número: 710 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ITAPETIM Estado: PE CEP: 56720-000
E-mail: Tel.(DDD): (87)99998-1477

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1296 13 CONTA: 27233 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alan Leonardo Alves dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

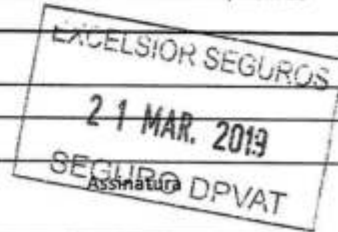
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

Data e Hora:		Data Nasc.:	
Nome: Alan Leonardo Alves dos Santos			
Mãe: Maria José Alves dos Santos			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	Escolaridade:
Responsável: Maria José Alves dos Santos			
End. do Paciente: Rua Serafim Piarco			
Bairro: Centro	Município: Itapetim - PE	Fone: (87) 99976-6273	
Cartão SUS: 161 0467 5477 0005	Doc. Identidade: 4.056.645550-PB		
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☒ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de Trabalho	☐ Preto	☒ Parda
☐ Agressão	☐ Consulta	☐ Amarelo	☐ Indígena

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
Paciente deu entrada na unidade, com dor, deformidade e restrição movimento perna direita. Última acidente moto. Realizado Raio X perna direita. H.D = Fratura Fêmur			

Tratamento:
Acesso Veno Periférico. 01 S. RINGER LACTATO 500 ml EV. 02 DÍPIRONA 600mg/ml > EV. 03 Voltaren 75mg > IM. 04 Imobilização talo gessada.



Impressão Diagnóstica:
Fratura Fêmur (D).
Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒
Removido para Hospital: Hospital Professor Agamenon Magalhães (HOSPAN) Serra Talhada - PE.
Óbito às _____ hs do dia
Médico - Carimbo e CRM:
 Mariana M. N. Jacome Médica CRM-PE 27203 / CRM-PB 10744

Plantão de dia 03-12-18

Plantão Dia

Médico Dr.º Milene

Enf. João Paulo

At. Enf. Edvaldo

Patricia

Deixei anterior na unidade o Paciente Alan Leonardo Alves dos Santos 23 anos Residente: Rua S. Sabino 213 Nº 213 Itapetum - PE. Vitima queda de altura apresentando deformidade do e limitação movimento M. J.D/. Realização RaioX (M. J.D./ H. D - Frontal e Femo(D). O restante do plantão sem ocorrências intercorrências. Vanessa Lima Silva Nunes e Cella Patrícia.

Vanusa Lima Silva Nunes

Tec. Enfermagem

COREN-PE 814 064

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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000028233-8

Nr. da Autenticação 19CAF1532CF16A71



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0003943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

BEATRIZ BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ CACIMBA SALGADA 710

CPF: 427.394.114-72

ITAPETIM - RURAL/ITAPETIM RURAL
ITAPETIM PE
56720-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
048158054	ÚNICA	05/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/02/2019	2001081917	1484688

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2043786019	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA
12/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	19,72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	36,0000000	0,54340487	16,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,31
Multa por atraso-NF 045485758 - 07/01/19			0,32
Juros por atraso-NF 045485758 - 07/01/19			0,09
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			2,00
Compensação DIC Anual 2018			-0,30



TOTAL DA FATURA

19,72

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
MAK254	CAT	07-01-2019	10 962,00	05-02-2019	10 962,00	26	1,0000		
									CONSUMO (KWH)
									0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
Mês/Ano kWh			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
FEV 18 30		ICMS			Faturado pelo sistema de taxa
JAN 18 30		PIS	18,30	0,71	+ Custo de Descontabilização
DEZ 18 30		COFINS	18,30	3,31	Artigo 11 da Resolução ANEEL
NOV 18 30					414/2010
OCT 18 30					
SET 18 30					
AUG 18 30					
JUL 18 30					
JUN 18 30					
MAY 18 30					
ABR 18 30					
MAR 18 30					
FEV 18 30					
Consumo Ativo (kWh)			TAXAS APLICADAS		0,52158000
RESERVAÇÃO FISCAL					
BCFB AB67 D078 4868 8030 D870 00B3 2CFC					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Agende sua visita e receba o seu boleto por e-mail ou pelo aplicativo Celpe. O boleto é enviado para o e-mail cadastrado no sistema. Pague em até 10 dias após a emissão. O prazo de validade do boleto é de 10 dias. Após 10 dias, o boleto será cancelado e você deverá pagar o valor devido em dinheiro ou por depósito em nome do cliente. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado. O cliente é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento ou em www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
SÃO JOSÉ DO EGITO	0,12	11,15	22,33	44,65	220	202	231
DIC	1,00	7,74	15,48	30,96			
PIC	0,12	6,58	0,00	0,00			
DIC							
Limite DI: 18,00					Valor de Faturamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 8,25		

CONTA CONTRATO 2043786019 MÊS/ANO 02/2019 DATA DE VENCIMENTO 12/02/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 19,72





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-902
CNPJ 10.835.132/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL



045440780 ÚNICA 14/01/2019

14/01/2019 2000530115 3660341

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	219,0000000	0,71979022	157,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 038910820-13/11/18			1,40
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA 182,69

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180754	LAT	15-12-2018	6.871,00	14-01-2019	7.090,00	30	1,00000		219,00

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
JAN 18 219		157,83	35,00	55,40
DEZ 18 220		157,83	0,45	0,70
NOV 18 243		157,83	2,09	3,28
OCT 18 246				
SET 18 192				
AUG 18 180				
JUL 18 166				
JUN 18 180				
MAY 18 180				
ABR 18 206				
MAR 18 232				
FEV 18 214				
JAN 18 220				

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Consumo de Energia	51,04	27,94%
Transmissão	7,38	4,03%
Distribuição (Cotop)	35,37	19,34%
Perdas de Energia	11,13	6,09%
Energia Setorial	8,10	4,43%
Tributos	42,35	23,18%
Total	157,83	100%

F7F9AC8F-BCC2-270D-DP1E-5A08B3F7D1A7

Para obter o seu código de acesso ao sistema de medição, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas vigentes. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas vigentes. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas vigentes.

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

CONSUMO	TENSÃO	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR
CONSUMO	TENSÃO	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR
CONSUMO	TENSÃO	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.276.884 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.276.884 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTONIO TOMÉ DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>36.903.220</u>
E-mail:	Tel.(DDD): <u>(87) 99998-1477</u>	

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 15/03/19

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Carlos Eduardo Albuquerque Viana,
RG nº 9.190.737, data de expedição 18/03/11,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 075.948.644-17,
com domicílio na cidade de São José do Egito, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Riacho Fundo, nº 50,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Alan Leonardo Alves dos Santos, cujo o condutor era
Alan Leonardo Alves dos Santos.
Veículo: Moto Modelo: Honda NXR150 Bros ES Ano: 2011
Placa: PEX 2918 Chassi: 9C2KD0550BR043041
Data do Acidente: 03/12/18

Local e Data: Itapetim-PE 13/02/2019

Carlos Eduardo Albuquerque Viana

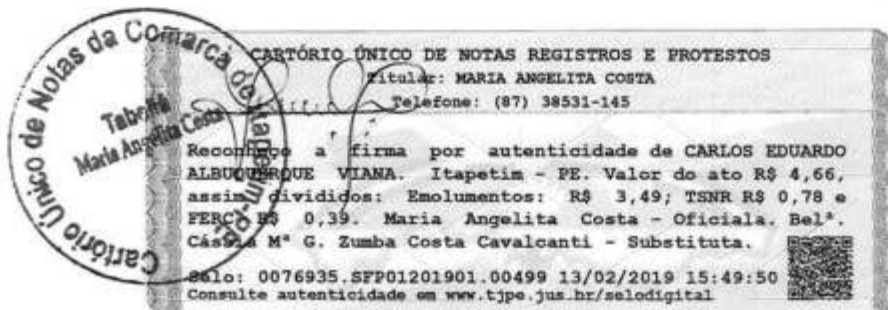
Assinatura do Declarante

x Alan Leonardo ALVES DOS SANTOS

Assinatura do Condutor

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

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

Data e Hora:		Data Nas.:	
Nome: Alan Leonardo Alves dos Santos			
Mãe: Maria José Alves dos Santos			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	Escolaridade:
Responsável: Maria José Alves dos Santos			
End. do Paciente: Rua Serafim Piarco			
Bairro: Centro	Município: Itapetim - PE	Fone: (87) 99976-6273	
Cartão SUS: 161 0467 5477 0005	Doc. Identidade: 4.056.645350-PR		
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☒ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de Trabalho	☐ Preto	☒ Parda
☐ Agressão	☐ Consulta	☐ Amarelo	☐ Indígena

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

História e Exame Físico:

Paciente deu entrada na unidade, com dor, deformidade e restrição movimento perna direita. Última acidente moto. Realizado Raio X perna direita
H.D = Fratura fêmur

Tratamento:

- Acesso veno periférico.
- 01 S. DINGEN LACTATO 500 mL EV.
 - 02 DÍPIRONA DECORON 4mg/mL > EV.
 - 03 Voltaren 75mg > IM.
 - 04 Imobilização talo gessada.



Impressão Diagnóstica:

Fratura fêmur (D).

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒

Removido para Hospital Hospital Professor Agamenon Magalhães (Hospital) Serra Talhada - PE.

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Mariana M. N. Jacome
Médica
CRM-PE 27203 / CRM-PR 10744

Plantão de dia 03-12-18

Plantão Quarta

Médico Drº Helene

Enf. João Paulo

tec Enf. Edvalda

Patricia

Deixamos na unidade o Paciente Alan Leonardo Alves dos Santos 23 anos Residente: Rua S. Sabino P. 1000 Nº 213 Itapetum - PE Vitória queda de peso apresentando deformidade dos e limitação movimento M. J. D. Realização Raio X (M. J. D. / H. D. - Fato de Ferro D). O restante do plantão sem nenhuma intercorrência Vanessa Lima Silva Nunes e Cailla Patricia.

Vanusa Lima Silva Nunes
Tec. Enfermagem
COREN-PE 814 064

24.12.2018



CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO



Unidade Mista Maria Silva

Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00
Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.
CEP: 56720-000
Telefone: (87) 3853.1006
Umms_ita@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o jovem Alan Leonardo Alves dos Santos, 23 anos, reside na rua Serafim Piancó zona urbana de Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com dois cavalos no dia 03 de dezembro de 2018, deu entrada nesta unidade de saúde às 19:00 horas, o mesmo estava acordado, orientado apresentando escoriações, dor e limitação movimento M.I.D, feito raio-x com H.D de Fêmur, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e transferido para a cidade de Serra Talhada.

Itapetim-PE, 05 de fevereiro de 2019.

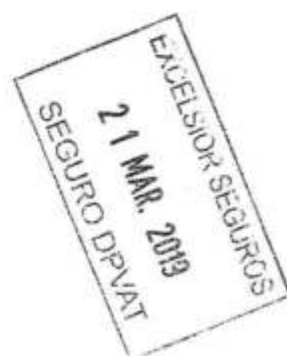
Alysson Magno da Silva Salvador

Diretor Administrativo

Alysson Magno da Silva Salvador

Diretor Administrativo

Unidade Mista Maria Silva



11.358.157/0001-00

Unidade Mista Maria Silva

Rua Paulino Soares S N

CEP. 56.720-000

ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006

CNPJ: 11.358.157/0001-00-E_mail: umms_ita@hotmail.com



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alan Leonardo Alves dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

361046754770005

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/03/1995

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Jose Alves dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Serafin Pinares N, 203

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapetininga

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2607702

18 - UF

PE

19 - CEP

56720000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Processo inflamatório M.D. com
coxa do lado do membro superior
e supratendão flexor M.D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de ref. ref.
Vide coxa do M.D. e ref.

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

M.D. coxa do M.D. e ref.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA SUBTROCANTERICA fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL

S72.9

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artroscopia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio R. de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/03/2018

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

120325

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

261810505455-7

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12
02

101325 16112118

Dr. Pereira de Andrada Melo

CPF: 153.272.214-18 CRM: 8603

Médico Autorizador

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018		Atendimento: 0005658		Quarto/leito: 202 / 4	
Paciente: 00047295 - ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS					
Data Nasc: 11/11/1995		Idade: 23 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: AGRICULTOR		Naturalidade: ITAPETIM	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: JOSE NILDO FERREIRA DOS SANTOS		Nome Mãe: MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS	
Endereço: RUA SERAFINA PIANCO, 203		- CENTRO		- ITAPETIM - PE	
Telefones: () . / () . / (87) 9638.4677					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:			
Telefone de Contato: () .		Endereço Acompanhante:			
Local da Ocorrência:					
NAMNESE E EXAME FÍSICO: Paciente portador de HIV de frequência de 12 meses com 2 doses de ARV e sintomas frequentes de síndrome de imunodeficiência adquirida					
Diagnóstico Inicial:					
Síndrome de imunodeficiência adquirida					
SADT:					
Diagnóstico Final:					
Condição de Alta					
Melhorada ()		Motivo de Alta		Data do Internamento: 10/12/18	
Inalterado ()		Descrição Médica ()		Data da Alta: 16/12/18	
Piorando ()		Alta a Pedido ()		Local: Antônio Rodrigues de Freitas	
Obito + 48h ()		Transferência ()		CPF: 058.552.003-25	
Obito - 48h ()		Evasão ()		Medico Responsavel	
Indisciplina ()		Obito em ____/____/____			
Hora: _____					

SELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2013
SEGURO DPVAT



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018		Atendimento: 0005658	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00047295 - ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS			
Cirurgia Realizado: <i>Osteossintese femur Diaprese femur</i>		N. do Procedimento: <i>0408050519</i>	
Data: <i>13/12/18</i>	Início:	Término	
Cirurgião: <i>Edio</i>			
1º Auxiliar: <i>Antônio</i>			
2º Auxiliar:			
Anestesista: <i>Jefferson Brandão</i>			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: <i>Sob anestesia geral em posição de decúbito lateral. Incisão curva e abertura MID + seccão para acesso ao DIF com placas por placas placas foram fixo femur e osteossintese usando os placas 4.5 com os parafusos articular 4.5 - sutura per placa e adução do PA + definitivo</i>			

Assinatura do Cirurgião

Antônio
Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25

9.9976 -62 73

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		P-239
		Alan Leonardo Alves dos Santos
		CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	
Tipo de Serviço.....	CPF - INSCRIÇÃO
Código de Atendimento.....	1F254577413BR
Data e Hora.....	18/10/2012 08:33:53
CPF do Contribuinte.....	119.276.884-18
Nome Completo.....	ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
Data de Nascimento.....	11/11/1995
Sexo.....	Masculino
Nome de Mãe.....	MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS
Título de Eleitor.....	0000000000000
Naturalidade.....	ITAPETIM
UF Naturalidade.....	PE
Logradouro.....	RUA LAURINDA PEREIRA DE SIQUEIRA
Número.....	24
Complemento.....	CASA
Bairro/Distrito.....	SAO VICENYTE
Município.....	ITAPETIM
UF.....	PE
CEP.....	56720020
Telefone.....	
Celular.....	
Indicador de Impressão:	4
Código de Ocorrência..:	00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
**GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
AB

1º REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

George Carlos Melo Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Charles Andreoni Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

23810552568
PE079966268

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2013
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013933361590
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 345010752 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ

075.948.644-17

PLACA

PEX2918

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KD0550BR043041

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO/CASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

CAP / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1ª *****

IPVA

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ITAPETIM

LOCAL

DATA

03/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013933361590 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA

56720-000

CS ITAPETIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

03/02/18

VIA

1

CPF / CNPJ

075.948.644-17

PLACA

PEX2918

RENAVAM

345010752

MARCA / MODELO

HONDA HXR150 BROS RS

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0550BR043041

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO Pelo SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



EMENTE

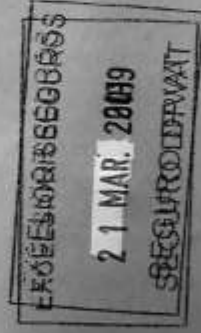
EDONCE CARLOS MELO LIMA

IA ANTONIO TORRE DE SOUZA N. 573

ITADO SAO CRISTOVAO - SENNA FALMADA DE

P. 56.903.220

7/9-9998-1477



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. - MARQUES DE OLINDA - 175

RECIFE - PE

500.30.000

CEL - 81-3087-9200



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217480 **Cidade:** Itapetim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P4 6

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
portador(a) do documento de identidade nº 4.056.645, expedido por SSB-PB
em 1/1/, inscrito no CPF sob o nº 119.276.884-18, residente na
RUA SERAFIM PIANCO, nº 213
complemento CASA, Bairro CENTRO, cidade
ITAPETIM, Estado PE, Data do acidente 03/12/2018
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE
em 24/07/17, inscrito no CPF sob o nº 008475324-29, residente na
ANTÔNIO TÔME DE SOUZA, nº 543
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

ITAPETIM-PE 13 de 03 de 2019.

Outorgante

Alan Leonardo Alves dos Santos

