

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Número do Sinistro: 3180455952

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

Comprovante de residência

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Comprovante de residência

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

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: 09/10/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

FABIO MACIEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

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

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

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: 28/09/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

FABIO MACIEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WALDEK BEZERRA SALES**

Nº Sinistro: **3180455952**

Vitima: **WALDEK BEZERRA SALES**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIO MACIEL DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180455952**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13422539



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WALDEK BEZERRA SALES**
Nº Sinistro: **3180455952**
Vitima: **WALDEK BEZERRA SALES**
Data do Acidente: **25/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO MACIEL DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455952**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 entre 16 e 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDEK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WALDEK BEZERRA SALES		CPF titular da conta 372 905 504 - 63	Profissão Pintor
Endereço RUA MARIO GOMES		Número 149	Complemento B
Bairro DOIS UNIDOS	Cidade RECIFE	Estado PE	CEP
Email		Telefone (DDD) 81-98517-1903	

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

NRO.

0048

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

188633-

D/V

2

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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 renda-agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 19 de ABRIL de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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 entre 16 e 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDEK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WALDEK BEZERRA SALES		CPF titular da conta 372 905 504 - 63	Profissão Pintor
Endereço RUA MARIO GOMES		Número 149	Complemento B
Bairro DOIS UNIDOS	Cidade Recife	Estado PE	CEP
Email		Telefone (DDD) 81-98517-1903	

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

NRO.

0048

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

188633-

D/V

2

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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 renda-agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 19 de Abril de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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 entre 16 e 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDEK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WALDEK BEZERRA SALES		CPF titular da conta 372 905 504 - 63	Profissão Pintor
Endereço RUA MARIO GOMES		Número 149	Complemento B
Bairro DOIS UNIDOS	Cidade RECIFE	Estado PE	CEP
Email		Telefone (DDD) 81-98517-1903	

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

NRO.

0048

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

188633-

D/V

2

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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 renda-agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 19 de Abril de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

444347
0182207/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO)
HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (OUTRO)
WALDECK BEZERRA SALES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA**

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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG), 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRE DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG), 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RECIFE)

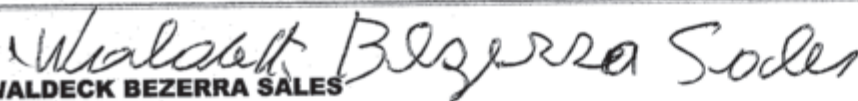
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VITIMA)

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Sequência
Av. Rui b
Grças - R

444347
0182207/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO)
HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (OUTRO)
WALDECK BEZERRA SALES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA**



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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG), 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRE DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG), 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RECIFE)

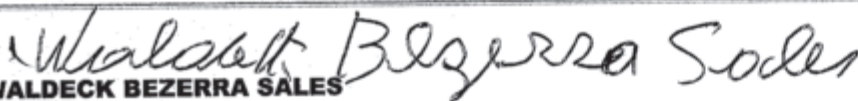
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VITIMA)

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Segura
Av. Rui...
Gracas - R...

444347
0182207/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO)
HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (OUTRO)
WALDECK BEZERRA SALES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA**

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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG), 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRE DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG), 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RECIFE)

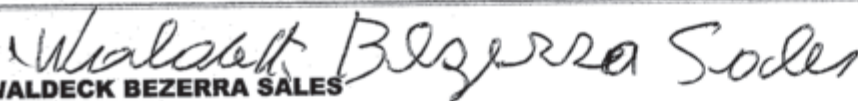
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VITIMA)

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Sequeiro
Av. Rui...
Gracas - R...

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

WALDECK BEZERRA SALES

CPF da Vítima

372.905.504-63

Data do Acidente

25/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

81-9854-1903

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

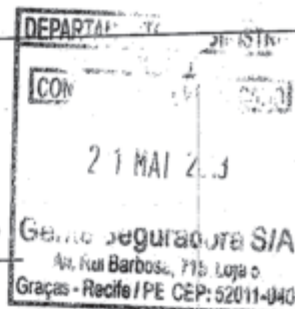
Recife, 19 de ABRIL de 2018

Local e Data

Waldock Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

WALDECK BEZERRA SALES

CPF da Vítima

372.905.504-63

Data do Acidente

25/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

81-9854-1903

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

Assinalar uma das opções abaixo:

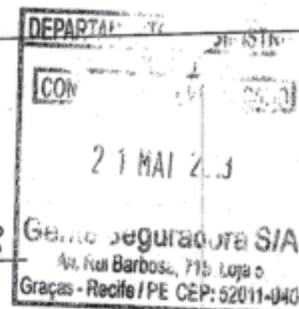
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recife, 19 de ABRIL de 2018

Local e Data



Waldock Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

70 + defun d. d. +

D: Exame Neurológico:

Femur f. l. d. (9)

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Mx f. l. d. (9) AL/PE/PP

Tratamento / Procedimentos:

Fratura om. rad. (stc)

Fratura esp. rad. (stc)

tbl. de al. g. l. d.

50/50% S. d. l. / w
ver. l. d. x
ap. d. l.
m. d. d.

VAT o. m. m.
SAT

AO N6U

g. l. d. 53 + 12 + 5

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Data:

Assinatura Conselho N°

Diagnóstico Definitivo:

Fratura esp. rad. (stc)

() Alta / Melhorado

() Internamento

(x) Transferência

() Óbito

Transferido para:

Médico:

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

Data: / / Nome Completo Legível

Nº da Identidade:

Assinatura:

Registro Nº 4226 Hora: 23:55 Recepcionista Vera
Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 25/02/11

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Valdeque Bezerra Jabo
Data de Nascimento: 18/06/62 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado
Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
Estado Civil: casado Escolaridade: Ensino Médio Profissão: Professor
Nome da Mãe: Miriam Cavalcante Jabo
Endereço: R. Manoel Gomes Número: 149 Complemento: CEP:
Bairro: União Município: Recife UF: PE
Acompanhante: Ebert Cabral
Procedência: Meio de Transporte:
HDA:

Dr + def do b. l. l. (u)
lo + 30 q. qued. d. prop. d. l. l.

Atualizadas: Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado
Fator de proteção: Cinto / Capacete: Sim () Não () Ignorado
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado
Local de Trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Localização: Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Qual? Ignorado

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Local: Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Peso: Estatura: Temp:

B: Respiratório

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa
Graciosa - Recife/PE

70 + defun d. d. +

D: Exame Neurológico:

Femur f. l. d. (4)

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Mx f. l. d. (4) AL/PE/PP

Tratamento / Procedimentos:

Fratura om. rad. (stb)

Fratura esp. rad. (stb)

tbl. de al. g. l. d.

50/50% S. d. l. / w
V. l. d. d. x
S. d. l. d. l.
m. d. d. e

VAT o. m. m.
SAT

AO N6U

f. l. d. 53 + 12 + 5

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Data:

Assinatura Conselho N°

Diagnóstico Definitivo:

Fratura esp. rad. (stb)

() Alta / Melhorado

() Internamento

(x) Transferência

() Óbito

Transferido para:

Médico:

CRM:

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

Data: / / Nome Completo Legível

Nº da Identidade:

Assinatura:

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: 22/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDEK BEZERRA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000188633-2

Nr. da Autenticação 57EAD99A5FDD9DF0

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - NUM. - 01001 - PEIXINHOS
OLINDA PE 53010-120

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 77112105 Jan/2018	
FABIO MACIEL DA SILVA			
R MARIA TEREZA, N. 00021 - CS A - AGUAZINHA OLINDA PE 53270-09			
INSCRIÇÃO: 734.215.765.0193.002 GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: 077112105			
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y07N237212	DATA LEIT. ANTERIOR 04/01/2018	DATA LEIT. ATUAL 02/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD
ÁGUA: LEIT ANT: 244 CONSUMO: 3 LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA M LEIT FAT: 254			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
PARAMETROS		EXIG. PORT. R\$ 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
		ATENDEM A LEGIS	
12/2017 00	TURBIDEZ	76	75
11/2017 04	COR APARENTE	76	53
10/2017 04	CORO RESIDUAL	76	53
09/2017 04	COLIF. TOTAIS	76	66
08/2017 04	E. COLI	76	72
07/2017 01			
MÉDIA: 03			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		3 M3	40,18
CORTE 12/2017			9,02
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 12/2017			0,81
Tributos		Base de Cálculo	Percentual (%)
PS		40,18	1,65
Cofins		40,18	7,60
			0,66
			3,05

VENCIMENTO: 15/02/2018

TOTAL A PAGAR: 50,01

mensagem:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

052-805502032-7

21/Fev/2018

HORA DE 16:11:42

LOT. 15.02952-7

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 0048

TERM 024200

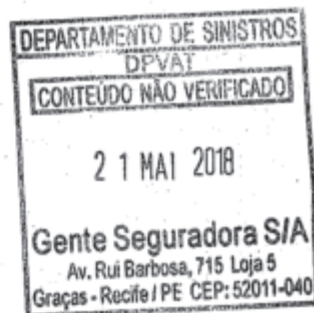
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

VALOR DO PAGAMENTO: 50,01

828600000002 500100187341
077112105015 012018800037

052-805502032-7

1ª VIA



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.75405 78183.752043 00173.090002 2 000

Itaú Seguros

Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.

Data de vencimento

18/09/2018

Itaú

Hipercard

Walmart
Itaúcard 20

CTC RECIFE PE PL2

PC-07

FABIO MACIEL DA SILVA
MARIA TEREZA 21
CASA - AGUAZINHA
53270-090 OLINDA - PE



Postagem: 06/09/2018

Vencimento: 18/09/2018

Emissão: 05/09/2018

Fechamento próxima fatura: 13/10/2018

32710942302543000300060010 060918

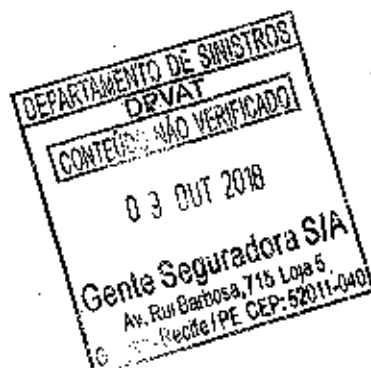
Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.812,89
Pagamento efetuado em: 03/08/2018	- 1.805,08
Saldo financiado	- 0,11
Lançamentos atuais	2.026,74
Total desta fatura	2.026,63

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve alertar, com os taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **FABIO MACIEL DA SILVA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.2869**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FABIO MACIEL DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.705.384 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WALDECK BEZERRA SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.905.504 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima WALDECK BEZERRA SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.905.504 / 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

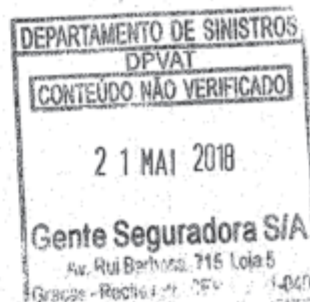
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. MARIA TEREZA</u>		Número <u>23</u>	Complemento
Bairro <u>AGUAZINHA</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53270-090</u>
Email <u>FABIOMACIELRY@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81-98737.0507</u>

_____ 16 de maio de 2018
Local e Data

Fábio Maciel da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JANIA BEZERRA SALES,

RG nº 8260708, data de expedição 08/08/2012

Órgão SDS, portador do CPF nº 091.864.644-85, com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R- MARIO GOMES, nº 349,

complemento PA SA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima WALDECK BEZERRA SALES cujo o condutor era HEBERT ALBERT ANDRE DA SILVA

Veículo: MOTO HONDA

Modelo: CG FAN 360 cc

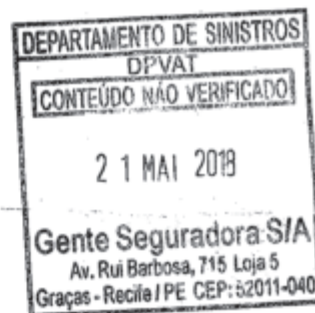
Ano: 2017/2018

Placa: PCV-6733

Chassi: 9C2KC2200JR128154

Data do Acidente: 23.02.2018

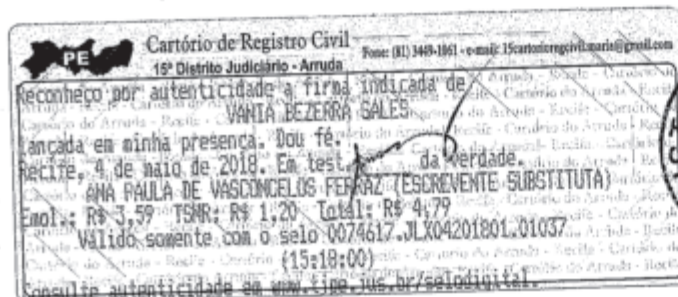
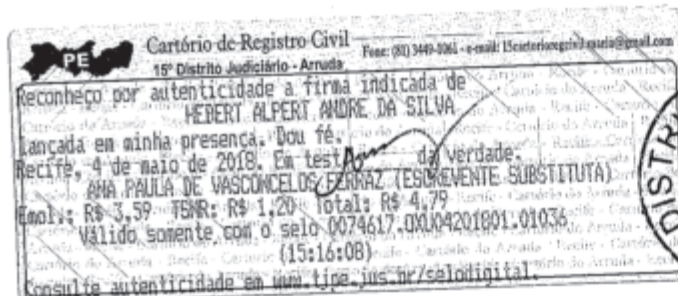
Local e Data: 04-05/2018 Recife



Jania Bezerra Sales
Assinatura do Declarante

Hebert Albert Andre da Silva

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



0182207112

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: WALDECK BEZERRA SALES

1. Ocorrência da Emergência: 547849

1.1 - Atendimentos em: 26/02/18

1.2 - Às 03 horas e 16 minutos.

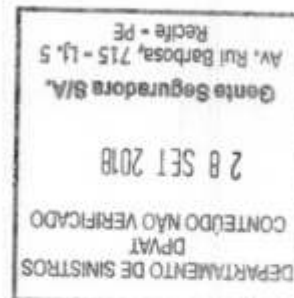
1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1077898

2.1 - Internado em: 26/02/18

2.2 - Alta em: 27/02/18



3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 26/02/18 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

5. Observação: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA.

DATA: 6.8.2018

HORA: 10:17:39

PASTA: 01.08.2018

TB

RS

Jr. Tadeu Buril
SOC - CREMEPE-3019
MAT/0886683

Dr. Tadeu Buril.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

NOME DA MÃE:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: ☐ M: ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

1

CIRÚRGIO

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI

☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐

HEMODIÁLISE

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

OUTROS

ÓBTO:

☐

IML

☐

SVO

☐

BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

Dr. Carlomano Mac
Ortopedia
CRM-PE 12978

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: WALDECK BEZERRA SALES REGISTRO: 1077898

Data da operação: 26/02/2018

Operador: DR GABRIEL CAMPOS

1º auxiliar: DR. HERISON VIANA (MR2)

2º auxiliar: DR. SILVIO CONTE (MR1)

Anestesista: DRA LUAR

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
ESQUERDO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE
RADIO DISTAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis operatórios;
- 4) Vizualizado ferimento em face medial de antebraço esquerdo de + - 4 cm
- 5) Limpeza com SF 0,9%
- 6) Redução fechada de fratura de rádio distal esquerdo;
- 7) Fixação percutânea com 03 fios de kirshner de 1.5;
- 8) Confirmado redução satisfatória em fluoroscópio;
- 9) Sutura com NYLON 2-0
- 10) Curativo estéril;
- 11) Confeção de tala gessada axilo-palmar em membro superior esquerdo;
- 12) Boa perfusão distal.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 547849

Prontuário: 1077898

Nome: WALDECK BEZERRA SALES

Data Nasc.: 18/06/1962

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 268721

CNS:

Endereço: RUA MARIO GOMES

Bairro: DOIS UNIDOS

Cidade: RECIFE

CEP: 52160150

Fone: 88912407

Profissão:

Nome da Mãe: MIRIAM CAVALCANTI SALES

Acompanhante: VALDINETE

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5371275 POLICL. AMAURY COUTINHO (QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM FRATURA EXPOSTA EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 26/02/2018 HORA: 03:16 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Queda da própria altura em 25/02/18 às 23:30h, com fratura exposta do fêmur distal do membro inferior direito (EF). Perfusão e neurologia preservadas.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

BEG

B: Respiratório

Eupneico

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

Estável

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

ECG 15





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: <u>Ex Exports de Vazio distal (E)</u>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica <u>co: 1- Cefalotina 2g + Amc 64</u>	
Exames Solicitados : 1 - Especializados <u>2- SAT 5000 - ramp Im F-F</u>	
Resultado de Exames: <u>3- Ao Bloco cirurgico</u>	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Ass. Enfermeira + Carimbo	
Tratamento / Procedimentos: <u>2018</u> <u>Dr. Lygia A. Aguiar</u> <u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</u> <u>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</u> <u>28 SET 2018</u> <u>Gente Seguradora S/A.</u>	
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> 1.5 Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Informações Sociais:	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	
Observações:	
Assinatura:	
Médico: CRM/CRO: Data: Hora:	
Termo de Responsabilidade do Paciente:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____ Nome completo legível: _____	
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____	
Termo de Responsabilidade do Médico:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____ Nome completo legível: _____	
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____	
Cadastramento: 26/02/2018 03:16 h EDILENERS impressão: 26/02/2018 03:16 h EDILENERS	

Médico

Waldick Bugonia 2000







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <u>Waldeck Bique Jales</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>107.7898</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta rádio distal E</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>26, 02, 18</u>		DATA DA ALTA: <u>27, 02, 18</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID: CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Fabiano Campos</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Henrique Vianna</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>paciente com história de trauma no punho E</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta rádio distal E</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>atendimento em ambulatório de retorno</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente <u>(Assinatura)</u>			
27, 02/18 DATA		Dr. Carlomano Maciel Ortopedia CRM-PE 12978 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

WALDECK BEZERRA SALES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.685.721 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/03/2012

NOME << WALDECK BEZERRA SALES >>

FILIAÇÃO << WALDEMIRO ALVES DE SALES >>
<< MIRIAM CAVALCANTI SALES >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 18/06/1962

DOC ORIGEM << 074344 01 55 1962 1 00083 160
0096055 31 RECIFE-PE >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
372.905.504-63

Nome
WALDECK BEZERRA SALES

Nascimento
18/06/1962

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8059.AE2A.11FF.A8E3

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 15:32:55 do dia 28/03/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 41337 3267

WALDECK BEZERRA SALES

0048 013 00188633-2 05/18

MasterCard

débito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

UFVA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

WALDECK BEZERRA SALES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.685.721 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/03/2012

NOME << WALDECK BEZERRA SALES >>

FILIAÇÃO << WALDEMIRO ALVES DE SALES >>
<< MIRIAM CAVALCANTI SALES >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 18/06/1962

DOC ORIGEM << 074344 01 55 1962 1 00083 160
0096055 31 RECIFE-PE >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
372.905.504-63

Nome
WALDECK BEZERRA SALES

Nascimento
18/06/1962

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8059.AE2A.11FF.A8E3

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 15:32:55 do dia 28/03/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 41337 3267

WALDECK BEZERRA SALES

0048 013 00188633-2 05/18

MasterCard

débito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

UFVA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FABIO MACIEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6970492 RDS PE

CPE
013.705.384-30

DATA NASCIMENTO
05/04/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO MACIEL DA SILVA
EDJACI MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
03280315128

VALIDADE
06/06/2019

1ª HABILITAÇÃO
14/05/2004

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada
MOTOFRETISTA

Assinatura do Titular
Fabio Maciel da Silva

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2014

Assinatura do Emissor
60685440393
PE060187280

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
962118630

PROIBIDO PLASTIFICAR
962118630

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FABIO MACIEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6970492 / RDS / PE

CPE
013.705.384-30

DATA NASCIMENTO
05/04/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO MACIEL DA SILVA
EDJACI MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03280315128

VALIDADE
06/06/2019

1ª HABILITAÇÃO
14/05/2004

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada
MOTOFRETISTA

Assinatura do Titular
Fabio Maciel da Silva

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2014

Assinatura do Emissor
60685440393
PE060187280

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
962118630

PROIBIDO PLASTIFICAR
962118630

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDEK BEZERRA SALES **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDEK BEZERRA SALES **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504 - 63, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no
CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21-Aguazinha, na
Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou
por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro
e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,
Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como
tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça
necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo
de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

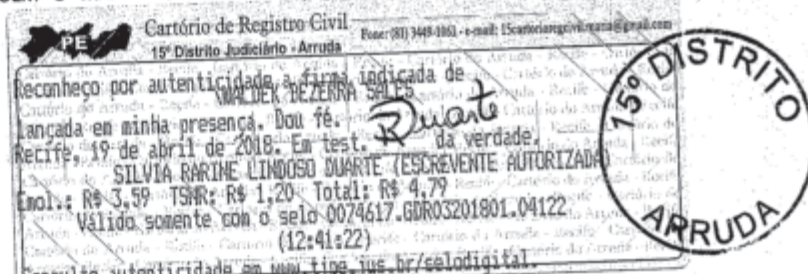
Recife, 19 de abril de 2018.

Waldeck Bezerra Sales
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO ORTOGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO ORTOGANTE E DO ORTOGADO, A DATA E O OBJETIVO DA ORTOGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504 - 63, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no
CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21-Aguazinha, na
Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou
por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro
e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,
Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como
tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça
necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo
de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

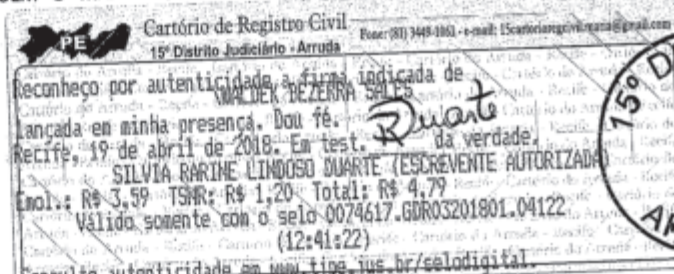
Recife, 19 de abril de 2018.

Waldeck Bezerra Sales
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504 - 63, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no
CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21-Aguazinha, na
Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou
por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro
e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,
Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como
tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça
necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo
de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

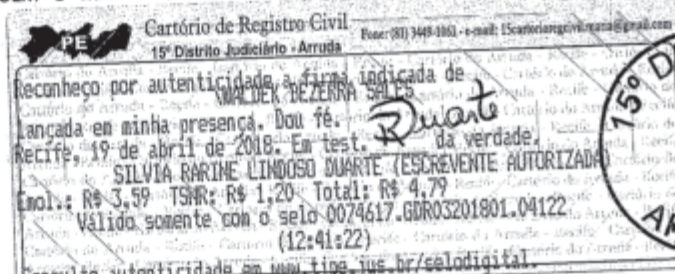
Recife, 19 de abril de 2018.

Waldeck Bezerra Sales
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Número do Sinistro: 3180455952

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

Comprovante de residência

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Comprovante de residência

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

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: 09/10/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

FABIO MACIEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

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

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

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: 28/09/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

FABIO MACIEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos