



497971  
0014649/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152005473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2018** às **11:36**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **22/11/2018** no período da **Tarde**

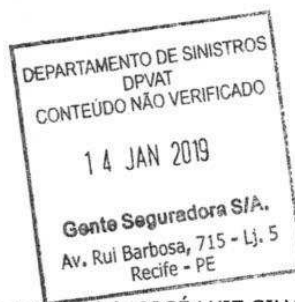
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, RUA JOAQUIM SABINO COELHO, SN -**  
Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO DO REST.**  
**REGIONAL GRILL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
AMILTON FERREIRA DA SILVA ( OUTRO )  
JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA 081988472372 ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA 081988472372**



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

**JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA 081988472372 (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA FRANCISCA DA SILVA** Pai: **EDVALDO FERREIRA DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **14/12/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**AMILTON FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**01 MOTO PLACA PGR0590 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA 081988472372**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 1000 BIG ONE** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0590** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Descrição: **CB 300**

20/12/2018 11:34



## Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO PLACA PGR-0590 NAS PROXIMIDADES DO RESTAURANTE REGIONAL GRILL, QUANDO DERRAPOU E ACONTECEU O ACIDENTE QUE LHE CAUSOU A QUEBRA DA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES NO ANTE-BRAÇO E NAS PERNAS, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DR. PAULO VEIGA APRESENTADA NESTA DELEGACIA, ASSIM COMO, A DECLARAÇÃO DO SAMU.

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

  
\* **JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA 081988472372**  
(VITIMA)

  
B.O. registrado por: **DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA** - Matrícula: **3875113**



**SINISTRO 3190243113 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

**GENTE SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO** JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA

**CPF/CNPJ:** 07148391407

**Posição em 11-09-2019 14:49:39**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/05/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
30/03/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CORRETORES NACIONAIS DE TRANSPORTES

**NOME**  
JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
536542922 SSP SP

**CPF**  
071.483.914-07

**DATA NASCIMENTO**  
14/12/1964

**FILIAÇÃO**  
EDVALDO FERREIRA DE ALMEIDA  
SEVERINA FRANCISCA DA SILVA

**PERMISSÃO**  
00000000000000000000000000000000

**ACC**  
00000000000000000000000000000000

**CAT. HAB.**  
A.B.

**Nº REGISTRO**  
96856534142

**VALIDADE**  
12/06/2022

**1ª HABILITAÇÃO**  
07/06/2017

**OBSERVAÇÕES**  
EAR

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Jose Luis Silva de Almeida*

**LOCAL**  
GRAVATA, PE

**DATA EMISSÃO**  
31/07/2018

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Charles Anderson Sousa Ribeiro*  
Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Provisório

**62814869771**  
**PE087237679**

**PERNAMBUCO**

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1679614714**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1679614714**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

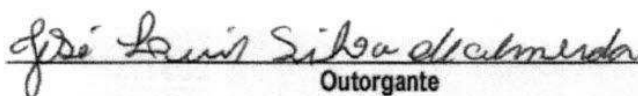


## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA	Estado Civil: CASADO	
RG: 536.542.922 SSP/SP	CPF: 071.483.914-07	Data de nascimento: 14/12/1984
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA ENCRUZILHADA, 400		
Bairro: CENTRO		
Cidade: GRAVATÁ	CEP: 55.642-050	
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2019.

  
Outorgante



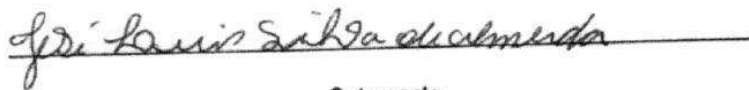
**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Outorgante: JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA	Estado Civil: CASADO	
RG: 536.542.922 SSP/SP	CPF: 071.483.914-07	Data de nascimento: 14/12/1984
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA ENCRUZILHADA, 400		
Bairro: CENTRO		
Cidade: GRAVATÁ	CEP: 55.642-050	
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

**RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2019.**



**Outorgante**



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Outorgante: JOSE LUIS SILVA DE ALMEIDA	Estado Civil: CASADO	
RG: 536.542.922 SSP/SP	CPF: 071.483.914-07	Data de nascimento: 14/12/1984
Profissão: AUTÔNOMO		
Endereço – RUA ENCRUZILHADA, 400		
Bairro: CENTRO		
Cidade: GRAVATÁ	CEP: 55.642-050	
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

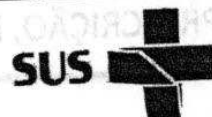
RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2019.

  
Outorgante





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 335482

PACIENTE: JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA

GENITORA: SEVERINA FRANCISCA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 14/12/1984

IDADE: 34

ENDEREÇO: RUA DA ENCRUZILHADA

BAIRRO: PRADO

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 22/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 15:18

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 400

UF: PE

CEP:

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SAMU

HDA

Paciente com queda de moto, com dor e  
edema na clavícula direita.

EXAME FÍSICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

EXAMES SOLICITADOS

☐ RADIOLÓGICO

☐ ULTRASSOM

☐ CINECLASSE

☐ GASTRO

☐ GINECOLOGIA

☐ LABORATÓRIO

HD

Fratura da clavícula direita?

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Camillo Sanguinetti





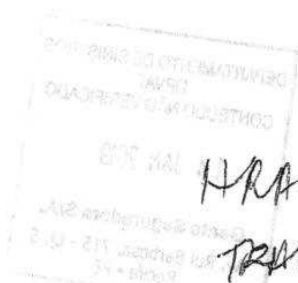
# PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

① Tramadol (50mg) 2x a dia + 100mg SF a dia  
 ② Propofol 2mg Zn. f a 15:25h.

Raio x de ombro direito, clavícula;  
 fratura de clavícula direita.



HRA - 5562164.

TRAUMATOLOGIA

Dra. Camilla Sanguinetti  
 CRM-PB 24617

## ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☒

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dra. Camilla Sanguinetti  
 CRM-PB 24617

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Rua Inaquiim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM –

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

① Tramadol (50mg) 2x a dia + 100mg S.F. 15:25h.  
 ② Propofol 2mg IM.

Raios X de ombro direito e clavícula:  
 fratura de clavícula direita.



HRA - 5562164

TRAUMATOLOGIA

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☒

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dra. Camilla Sanguinetti  
 CRM-PE 24317

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome:

*Ami Luis Silva de Almeida*

Prontuário:

*329395*

Data:

*23/11/18*

Hora:

DIAGNÓSTICO:

*Fratura de clavícula*

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

*Velh e pos ± 8 dias*

TRATAMENTO REALIZADO:

*imobilização em "gesso"*

*+ analg e + antibiot*

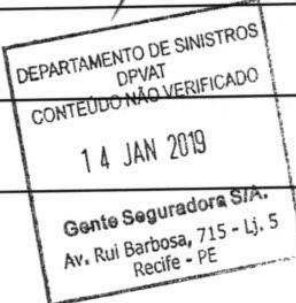
Alta Hospitalar: Data:

*23/11/18*

Hora:

*Dr. José Patrício  
Ortopedia  
CRMPE 3312*

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





Prefeitura de  
**GRAVATÁ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ**  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 30 de novembro de 2018.

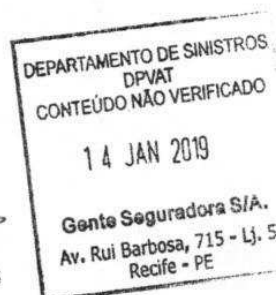
## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sra. **JOSÉ LUIS SILVA DE ALMEIDA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 22 de novembro de 2018, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

*p/ Tereza Brito*  
JACQUELINE AUGUSTA  
Coordenadora Geral  
COREN 103674

*Tamires Pontes*  
Enfermeira  
COREN: 442173



Jacqueline Oliveira  
Coordenadora Geral SAMU-Gravatá

Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PE  
CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.  
CNPJ: 10.710.822/0001-10  
[saude@prefeituradegravata.pe.gov.br](mailto:saude@prefeituradegravata.pe.gov.br)  
[www.prefeituradegravata.pe.gov.br](http://www.prefeituradegravata.pe.gov.br)





## REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Geres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 22/11/2018 às 2000-01-01 15:18:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000189621		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome JOSÉ LUIZ SILVA DE ALMEIDA			
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Data de nascimento 14/12/1984 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Idade 34 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Ocupação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 indígena <input checked="" type="checkbox"/> 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB		Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro		Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
Outro fator relacionado ao acidente				
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife





Prefeitura de  
**Gravatá**  
GOVERNO MUNICIPAL

**Secretaria de Saúde**

*Jon' Luiz Silva de Almeida*

*Paciente vítima de queda  
de moto há 1 dia, sem perda  
de consciência ou vômitos*

*Relata dor e deformação de  
clavícula direita.*

*Reno x mostra fratura de  
clavícula direita.*

*Foi encaminhado ao hospital  
Regional do Agreste*

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

*ao ortopedista, com a senha:  
5562.164.*

*23/11/18*

*Camilla Sanguinetti*  
Dra. Camilla Sanguinetti  
Médica  
CRM-PE 24617

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

