

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES 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

CNPJ da Vítima

024.101.394-18

Nome completo da vítima

Valdir Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Valdir Soares da Silva		CNPJ titular da conta	024.101.394-18		Profissão	
Endereço	Sítio Varan		Número	71		Complemento	
Bairro	Zona Rural		Cidade	Traumirim		CEP	55805-100
E-mail			Estado	PE		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATE R\$ 1.000,00
R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00	R\$ 10.001,00 ATE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)		
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		

AGÊNCIA	CONTA	BANCO
0054	8004	3
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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 referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recebi em 24 de 09 de 2018
Local e Data

CONFERE COM
O ORIGINAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



6277 8017 2356 3861

VALDIR SOARES DA SILVA
0054 013 00008004-3

e!c



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135002385

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2018 às 14:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia: 27/06/2018 às 16:00

Lugar onde ocorreu o acidente: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR DA FUMAÇA - Rodovia FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão)
VALDIR SOARES DA SILVA (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO (veículo na data) da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**

Identificação do(s) pessoal(s) envolvido(s):

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BERNADETE TRAJANO DA SILVA** - **AUGUSTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **19/9/1977** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, 71, SITIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação (s) do(s) representante(s) da entidade: **NÃO INFORMADO**

Nome do representante: - cargo do representante: - Pessoa do Contato no estabelecimento comercial: - Telefone do contato: -

Identificação do(s) objeto(s) envolvido(s):

VEÍCULO CROSSFOX (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**
Veículo apreendido: **AUTOMÓVEL/VW-FOX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Matr. RHET308/PERNAMBUCO NÃO INFORMADO Renavam: **217514804**

CONFERE COM
O ORIGINAL

Anexo 3 - Página Modelo 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAIOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PROXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURACAO PARA OS PROCEDIMENTOS MEDICOS.

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

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

Assinatura do(s) agente(s) de Polícia 221754-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002385**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2018** às **14:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/6/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA FUMAÇA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALDIR SOARES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(s): **VALDIR SOARES DA SILVA**

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

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BERNADETE TRAJANO DA SILVA** Pai: **AUGUSTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 71, SITIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO CROSSFOX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/FOX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHE1388 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **217514804**

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PROXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

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

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: IVO JOSÉ DE LIMA Matrícula: 2217642

45ª Circunscrição

Carpina

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: Valdir Soares da Silva CPF da Vítima: 024.501.394-18 Data do Acidente: 27/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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 5.194/74), 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 a 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 5.194/74.

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.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Carim 24 de 07 de 2018
Local e Data

Valdir Soares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Prefeitura
Municipal de
Nazaré da Mata

HORÁRIO CHAMADO: 15:31

CHEGADA AO LOCAL: 15:42

Saída do hospital: 21:33

Hora da conclusão: 23:50

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 27/06/2018 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 496087
Motivo da Solicitação: ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

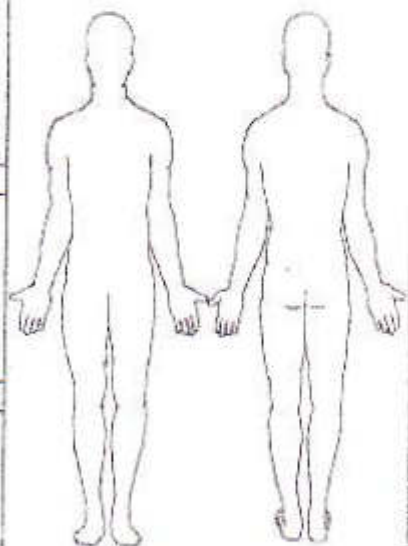
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha 5457138

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Valdir Soares da Silva 16/08/77 Idade: _____ anos
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: _____ Fone: _____
Endereço: Sta. Quitéria Bairro: _____
Fone: _____
End. Ocup: _____ Bairro: _____
Referência: _____

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

<input checked="" type="checkbox"/> Acid. Automóvel	<input type="checkbox"/> Acid. Motocicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Mecan. do Trauma
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejação
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
<input type="checkbox"/> Uso do Cinto	<input type="checkbox"/> Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
<input type="checkbox"/> Acid. Trânsito	<input type="checkbox"/> Acid. Ciclista	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Exposições
<input checked="" type="checkbox"/> Queda do Veículo	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Queda do Veículo	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> () 1ª () 2ª () 3ª
		<input type="checkbox"/> Fumaça	<input type="checkbox"/> Subst. Químico
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Agressões	
<input type="checkbox"/> Desencastamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Solavanco	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos
<input type="checkbox"/> Aproximadamente _____ metros		<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
		<input type="checkbox"/> Tipo: _____	



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: vítima de capotamento de carro, foi arremessada, com possível fratura de clavícula (E) laceração orelha (E) escoriações braços (E)

Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

AValiação CLÍNICA:

Temperatura	Glicemia(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
162		<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Arteriais	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
94	74	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
PA 160x120		<input type="checkbox"/> Falidez	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
RT: 35-50	RN: 120-160	<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distócia fala/choro	<input type="checkbox"/> Circulação PA
Ad: 60-110				



SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- ☐ Aléria
☐ Resposta Verbal
☐ Resp. a estímulos Dolor
☐ Inresponsivo

Sinais de Disf. Cerebral

- ☐ Déficit Motor
☐ Desvio de Comissura Labial
☐ Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- ☐ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midriase
☐ Miose

NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais
☐ Lesões Intra-torácicas
☐ Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

- Abertura Ocular Espontânea
Abertura Ocular à Voz
Abertura Ocular à Dor
Sem Abertura Ocular

- 4
3
2
1

Resposta Verbal

- Orientado
Confuso
Resposta Inapropriada
 Sons Ininteligíveis
Sem resposta Verbal

- 5
4
3
2
1

Resposta Motora

- Obedece Comando
Localiza Estímulos Dolorosos
Retirada ao Estímulo Doloroso
Flexão Anormal (Decorticação)
Extensão Anormal (Decerebração)
Sem Resposta Motora

- 6
5
4
3
2
1

Total de Pontos

11

CONDIÇÃO CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção
☐ Emboção Orotraqueal
☐ Imobilização da Coluna Cervical
☐ Infusão de Fluidos
☐ Suporte Ventilatório Cardiorrespiratório
☐ Imobilização de Membros

Ventilação Mecânica

Modalidade: _____

FIO₂: _____

Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

Outras Condutas:

Intercorrências:

- ☐ Oxigênio ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Máscara/Reservatório

USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☐ Álcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ _____

- Assistente: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar _____

- ☐ Consciência Inteira ☐ Agitado/Intimidado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcolólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: _____

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Assimilou para onde o paciente foi encaminhado: _____

Registro do hospital: _____

Endereço Recebido: _____

- ☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar
☐ Orientação para o Ambulatório
☐ Óbito Antes do Atendimento
☐ Óbito durante o Atendimento
☐ Prancha Retida
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Regulador: _____

Enfermeira: _____

Condutor/Plata: Wallington

Médico Assistente: _____

Societário: Marcelo

Or. de Pronto/Soc. Albino

Função do responsável pelo preenchimento: _____

SOLICITOU APOIO DA UTI

☐ SIM

☒ NÃO

Observação: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Dr. Luiz Sávio
Neurocirurgia
CRM 24.210

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdir Soares da Silva,

RG nº 5544.984 data de expedição 23/08/13 Órgão SSP/PE,

CPF nº 024.303.394-18, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Sítio Lameira</u>
Número	<u>71</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Tracunhaem</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55805-000</u>
Telefone de Contato	<u>(31) 97915-3456 / 99138 23 25</u>
E-mail	<u>valdirsoares@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Caruaru, 24/09/2018

Assinatura do Declarante:

Valdir Soares da Silva

CONFERE COM
O ORIGINAL





Companhia Energética de Pernambuco
Av. André Bessa, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50041-001
CNPJ 13.549.432/0001-06 - Tel: 300540533 - www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Grupo A - Lei 10.438 de 2002

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DE 19/09/2018

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - 19/09/2018

DE 19/09/2018

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - 19/09/2018

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - 19/09/2018

MÊS ANO

4012437370

09/2018

19/09/2018

15/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

6,75

Nº DA NOTA FISCAL

SDW

CLASS

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TARIFAS

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO



Samuel A. L. L.

Registro N.º 140159
Assinatura: 445198
Data: 07/06/2018
Folha: 1323
VLS: 01/11/2018

CLINICA GERAL

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
Nascimento: 19/08/1977 02:0 Idade: 40a 10m 8d
Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA
Pai: AUGUSTO SOARES DA SILVA
Endereço: NAO INFORMADO

ONS:

Taxas:

CEP: 53050-00

Nº 1

Bairro

CEP: 53050-00
Cidade: TERESINA
UF: PE

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO

RA m VERMI

C: St Susa

C: St defat

CONDLTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Shirone florentino

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA

Q Sot

Q Colu

*Destino do Paciente () Alta para casa

() Encaminhado para internação

() Transferência para outra unidade

() Óbito

() Outro

*Condição de Sde do Paciente () Melhorado

() Estável

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo)

17.45h Evolui com uso de...

Shirone 184

Q Sot

5457138

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 27/06/2018 16:20



Nome Paciente: VALDIR SOARES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0071
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/06/2018 16:22 - 27/06/2018 16:24

JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 41172 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade

EMERGENCIA

Cor

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA GRAVE

Discriminador(es):

- ESTADO DE CONCIÊNCIA N/IRMAL (S/ESTR)

Especialidade:

CLINICA GERAL

18h Paciente cf laudo de família com
diagnóstico realizado no local de atendimento
Paciente permanece em estado de inconsciência
+ CD ① Solicitado laudo de exames de R.S.G.

PA = 130 X 90 mmHg

83 mg/dl

SAT = 96%

Bat: 88 bpm

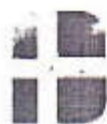
18:35 h

Acolhido(a) por: JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 41172 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Data Impressão: 27/06/2018 16:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página

**HEC**

Hospital Ermírio Coutinho

**LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Endereço de Saúde	Município	Região de Saúde
Nome do Paciente		
Número Clínico		
Histórico		

Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
Motivo (Registro Detalhado)			
Assinatura do Médico Assistente		Data	
Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
Motivo (Registro Detalhado)			
Assinatura do Responsável		Data	

Autoriza a Transferência
Médico Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura
Assinatura do Motivo Administrativo
Assinatura do Médico Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura
Assinatura da Prestadora do Atendimento
Assinatura do Atendimento Prestado

Assinatura do Responsável	Nº do C.F.M.	Data
---------------------------	--------------	------

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº FICHA: 1286906

Nome: Valdir Soares da Silva

Idade: 1454 no dia 27.06.2018

Diagnóstico Provável: Fratura de clavícula esquerda,
sem deslocamento, sem lesão

Atendimento Realizado: Radiografia + Anestesia +
Tijolo + Oremedicação + Acompanhante
Amarelal + Reparo para o L

Observação:

Cópia de:

Dr. Radner Mauricio
MÉDICO
CRM-PE/20544
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 64/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.



Nome
VALDIR SOARES DA SILVA



DOC IDENTIDADE - DRG EMISSOR/UF
5544984 SSP PE

CPF
034.101.394-18

DATA NASCIMENTO
15/08/1977

FILIAÇÃO
**AUGUSTO SOARES DA SILVA
A
BENEDICTE TRAJANO DA S
ILVA**

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB.
00

Nº REGISTRO
03191548391

VALIDADE
23/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
11/02/2004

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1680040946

OBSERVAÇÕES
KAR

Valdir Soares da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
23/08/2018

Charles Andreus Sousa Sclaino
Diretor Presidente

SIGNATURA DO EMISSOR

**14691562615
PE067474970**

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1680040946

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014203295056
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIN 1 217514E01 CEEC 2018

VALIDAR SOARES DA SILVA

TRACURRAM-PE

024.101.394-18

*****/A/R

95MBB0563910201334

PAS /B07048WBL

VW/CROSSFOX CIL

SE/104CV/1.588CL

IPVA 2018 QUITADO

V I

SEGURO FATO

SIGA RESERVA

TRACURRAM-PE

Antônio Augusto Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014203295056 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALIDAR SOARES DA SILVA

TRACURRAM-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXTENÇÃO 2018 DATA LANCAM 25/01/18

VIN 1 024.101.394-18

217514E01

2018 01

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE DE SEGURO FATO

SEGURO FATO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA CARTEIROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508591 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394795/18

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

CPF: 024.101.394-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VALDIR SOARES DA SILVA : 024.101.394-18

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: 29/10/2018
Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
CPF: 024.101.394-18

VALDIR SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394795/18

Número do Sinistro: 3180508591

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

CPF: 024.101.394-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 04/12/2018
Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
CPF: 024.101.394-18

VALDIR SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508591 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDIR SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180508591

Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508591**.

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 13535635



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDIR SOARES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180508591
Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data do Acidente: 27/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180508591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 13537885



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180508591 Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR SOARES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

