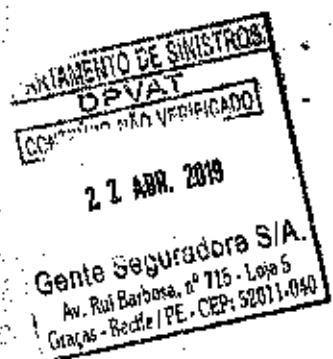
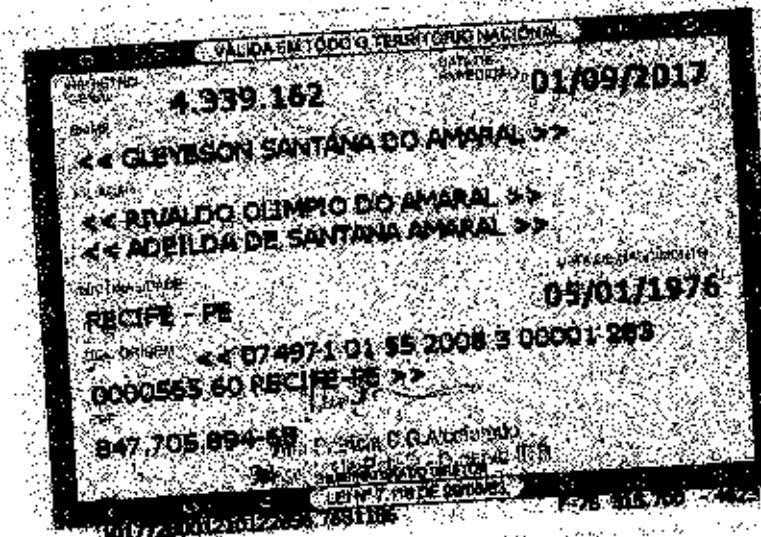


REGISTRO DE SISTEMAS
DPVAT
CERTIFICADO VERIFICADO
22 ABR. 2019
J. C. Seguradora S.A.
Av. Barboza, 715 - Local 5



2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

ESTO QUITA ALGUNAS DE LAS DIFERENCIAS ECONÓMICAS CAUSADAS POR LOS DIFERENTES TIPOS DE SISTEMAS SOCIALES. EN ESTE CASO, LA DIFERENCIA SE DETERMINA POR LA DIFERENCIA EN EL NIVEL DE DESARROLLO ECONÓMICO.

100-013432728239 BILHE 1980-1981

SEARCHED		INDEXED	
SERIALIZED		FILED	
APR 12 1968			
FBI - BOSTON			

EDWARD LIES, DVM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1^a ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2^a ABORDAGEM - FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 02 E 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, FOLHA DE CIRURGIA SE FOR O CASO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM COM IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1^a ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2^a ABORDAGEM - FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 02 E 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: EDIELSON JOSÉ DA SILVA
RG: 6.734.318 - SDS/PE
CPF: 084.816.124-64 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SITIO MARIRUNGA, N:N/N Bairro: ZONA RURAL
GRAVATÁ/PE CEP: 55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: cep:

Data do acidente: sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS Est. Civil: DIVORCIADO
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

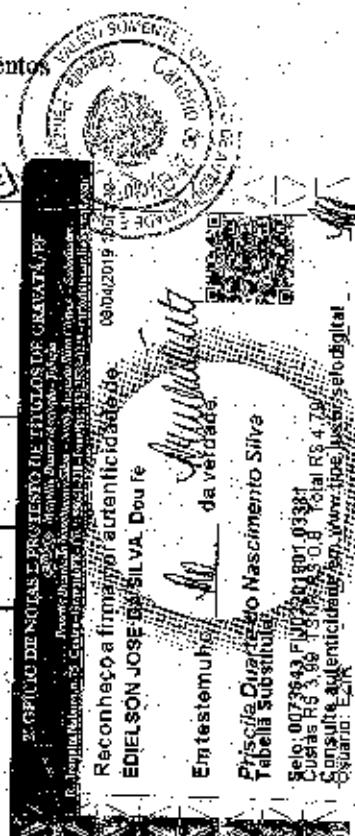
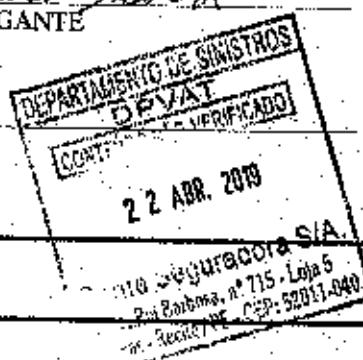
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Edelson José da Silva
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravataí/PE 08 Abril 2019
Local e Data



2. CÓPIA DE NOTA DE PROTESTO DE FICHA DE GRAVATÁ/PE
3. RG: 6.734.318 - SDS/PE
4. CPF: 084.816.124-64
5. Endereço: SITIO MARIRUNGA, N:N/N Bairro: ZONA RURAL
6. GRAVATÁ/PE CEP: 55640-000
7. Data: 08/04/2019
8. Local: SIA - Seguradora SIA, Rua Barão, nº 715, Loja 5
9. Cidade: GRAVATÁ/PE
10. Estado: PE
11. CEP: 55640-000
12. Telefone: (83) 3201-0400
13. Celular: (83) 98815-1515
14. E-mail: edelson.silva@siaseguro.com.br
15. Site: www.sia.com.br
16. Consulte a autenticidade no site: www.sia.com.br

Próvio Gleybson Mancimento Silva
Tabela Substituta
Selo: 01736-34-F-13042019-010381
Consulte a autenticidade no site: www.sia.com.br

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: EDIELSON JOSÉ DA SILVA
RG: 6.734.318 - SDS/PE
CPF: 084.816.124-64 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SITIO MARIRUNGA, N:N/N Bairro: ZONA RURAL
GRAVATÁ/PE CEP: 55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: cep:

Data do acidente: sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS Est. Civil: DIVORCIADO
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

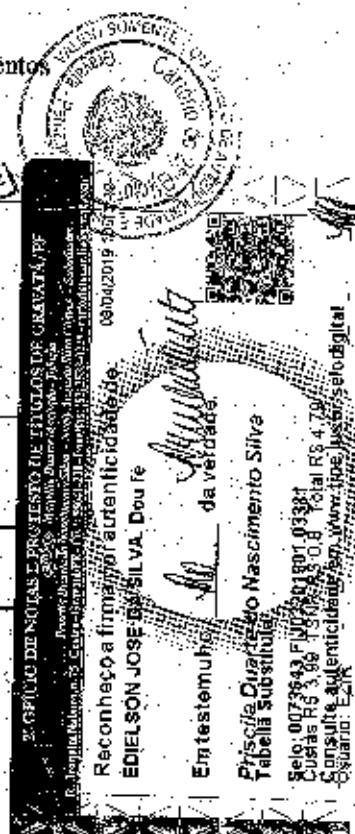
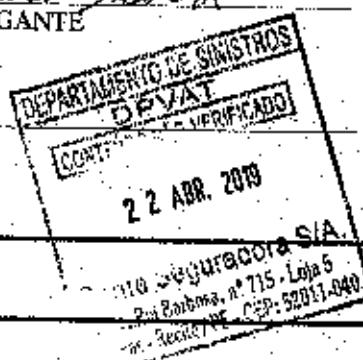
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Edelson José da Silva
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravataí/PE 08 Abril 2019
Local e Data



Valor: 01736,33 Fazenda: 01736,33 Total: R\$ 4.790,00
Consulte a tabela de preços no site: www.sia.com.br
Ou no site: www.sia.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

CPF: 084.816.124-64

Data do acidente: 18/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

EDIELSON JOSE DA SILVA : 084.816.124-64

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: 22/04/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Número do Sinistro: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 18/01/2019

CPF: 084.816.124-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 29/07/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286033 **Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: 18/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDIELSON JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 943

Conta: 0000054081-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

084 816 124-64 Edielson José da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPENSO 01/10/2012

Nome completo:

Edielson José da Silva

Profissão:

Regrava

Endereço:

Av. Rio Manirunga

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Gravataí

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

81 99228-5097

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

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 09413

CONTA: 54083

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE FAUTO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendimento ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiros (val hercer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte à ouvidos beneficiários que se apresentarem e provarem esta curtação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido. AVISO DE SINISTRO

Informar
data da
vítima ou
beleza seu
número de identificação

Local e Data: Gravataí 20/04/19

Nome:

CPF:

[*] Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

AV. 22 ABR. 2018

DPVAT

TESTIMONIAL

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Gente Seguradora SIA

AV. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Caçapava - SP - Fone: (16) 3221-1140

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

518453

0135027119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62º CIRC
 DINTER 1/13º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0152001004

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2019** às **10:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/1/2019** às **23:00**.

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARU** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FREI DAMIAO**.
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
 ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA (OUTRO)
 EDIELSON JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
[] - FATO NÃO VERIFICADO	
22 ABR. 2019	

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que é de **BRASIL**, possuí dono(a) Sr(a): **EDIELSON JOSE DA SILVA**
 Gravata - Recife / PE - CTP: 52811111111

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

EDIELSON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA MARIA DE MELO** Pai: **JOAO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **8/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, SITIO MAPIRUNGA, MANDACARU, - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIELSON JOSE DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ES0** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGV1403** (PERNAMBUCO/GRAVATA)

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018

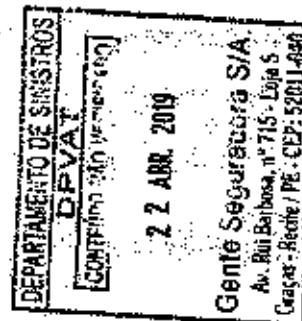
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE EDIELSON JOSE DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGV - 1403, PELA ESTRADA DE MANDACARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA, QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUI E COLIDIU COM UM DOS ANIMAIS. RELATA AINDA QUE FRATURAS NO BRACO DIRETO E QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

**EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOS - Matrícula: 319807-3**





REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Município de Notificação Gravatá - PE	Gênero		
	Unidade Sentinelas Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2436802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 19/01/2019 às 2000-01-01 01:50:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000100208		
	Nome EDIELSON JOSE DA SILVA			
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 ignorado	Data de nascimento 08/10/1981	<input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Idade 37	<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			
	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 Pedeira <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 Apé <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		
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/estalamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <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"/> 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	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	
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	sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	condutor sob efeito de entorpecentes <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				
Gente Seguradora S/A				
Méio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinelas <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Reagente/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 Apé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Av. Rio Branco, nº 715 - Bairro Centro - CEP: 51.040-000			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinelas <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 inconsciente <input type="checkbox"/> 3 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			
Responsável pelo preenchimento	Função			
Observações				

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPENSAO/2012

Nome completo:

 Edielson José da Silva
 Regua
 Bairro: Rio Manirunga
 Zona Rural

 CPF: 084.816.124-64
 Número: 511
 Complemento:
 CEP: 55640.000
 Tel. (DDI): 81 99228-5097

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

RENDA MENSAL:

 REUSSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 09413

CONTA: 54083

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE FAUZO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendimento ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiros (val hercer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

 Vivos: Falecidos:

 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte à ouvidos beneficiários que se apresentarem e provarem esta curtação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido. AVULSO DE SINISTRO

 Informar
 data da
 vítima ou
 beber seu
 número de
 identificação

Local e Data: Gravataí 20/04/19

Nome:

CPF:

[*] Assinatura de quem assina A RODO

Edielson José da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jeferson Santa de Souza

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

 DPVAT
 CARDO

22 ABR. 2018

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

 Senta Seguradora SIA
 AV. Rui Barbosa, n.º 715 - Loja 5
 Caxias - Rio Grande do Sul - CEP: 96300-000

Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 349875

PACIENTE: EDIELSON JOSE DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 06/10/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVEMBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 19/01/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

CNS: 100-000000000000

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE CEP:

ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

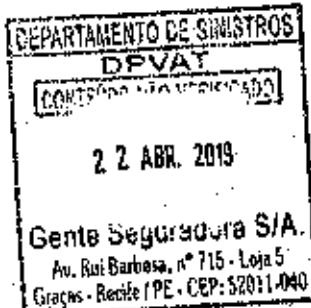
HDA

Paciente vítima de acidente (colisão moto - carro)
o mesmo estava pilotando a moto

EXAME FÍSICO

1 Vias periféricas SO₂: 97% MZ
3 > Vias periféricas SO₂: 97% MZ

C Estadiol hemodinâmico: normal
D Glasgow 15 (cíclos e orientação)
E Fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

Op HD

Nº 7 Fratura exposta de rádio

CID

MÉDICO COM CARIMBO E 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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIELSON JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 00000054081-0

Nr. da Autenticação 5EC2DB1D7D2303DB

 bradesco | 237-2 | 2378415009 91510.607566 18000.224507 0 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/EIRL/Início/Cidade/UF/CEP

GLEIBSON S AMARAL - 84770699468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATAÍ - PE CEP. 58642155

Setor/Avulso

MENTO DE SINISTROS
DEVAT
VERIFICADO

22 ABR 2018

GEN. 303 000403 S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lote 3
Recife - PE - CEP: 52011-000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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:

<https://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 falha 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEIBSON SANTOS DO AMARAL, inscrito (a) no CPF 847.705.894-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIELSON JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084836124-64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima EDIELSON Jose da SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084836124-64, 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 Lider-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>RUA: Rui Lino Bautista</u>		Número	<u>56</u>	Complemento
Bairro	<u>Prado</u>	Cidade	<u>GRAVATÁ</u>		
Email	<u>gleibson40@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8199228-1557</u>	

Gravatá, 18 de ABRIL de 2018
Local e Data.

gleibson Santos do Amaral
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexsandro Fortunato da Silva,

RG nº 6466095, data de expedição / /

Órgão SSP, portador do CPF nº 04603295456, com

domicílio na cidade de GRAVATAÍ, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 351

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EDIELSON Jose da Silva, cujo o condutor era O MESMO.

Veículo: **PAS MOTOCICLETA**

Modelo: **HONDA /NXR160 Bros ESDD**

Ano: **2017**

Placa: **PGV1403**

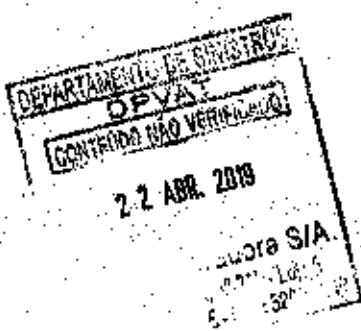
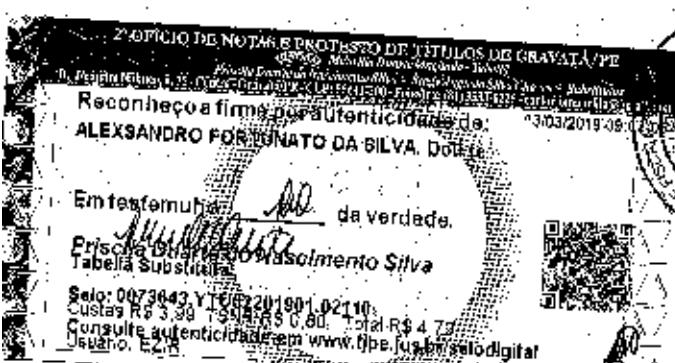
Chassi: **9C2KD0810JR000580**

Data do Acidente: **18-01-2019**

Local e Data: **GRAVATAÍ/PE, 13-03-2019**


Assinatura do Declarante

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





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

SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 349875

PACIENTE: EDIELSON JOSE DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 06/10/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVEMBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 19/01/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

CNS: 100-000000000000

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

HDA

Paciente vítima de acidente (colisão moto - carro)
o mesmo estava pilotando a moto

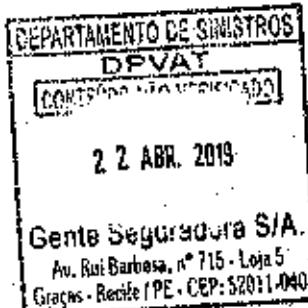
EXAME FÍSICO

1 Vias periféricas $SO_2: 97\%$ AB

2 Estadi de lucididão normal: canante

3 Glasgow 15 (cíclos e orientação)

4 Fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

① HD

② Fratura exposta de rádio

CID

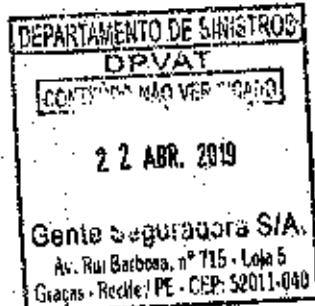
MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

Hospital Regional Agreste
5601882



ALTA

HORA:

DATA
/ /

CURADO MELHORADO A PEDIDO

TRANSFERIDO ADMINISTRATIVO ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
MÉDICOS

DATA DA ADMISSÃO/SAÍDA:

10/10/10

NOME:

NOME DO PACIENTE:

Edelson José do Nascimento

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Nº CARTÃO SUS:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

IBGE:

DIAGNÓSTICO:

Volutomia + Fratura exposta radio

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente (colisão moto-ciclo). Durante estava pilotando a moto e utilizava capacete.

EF: Vias normais. Colorectal normal. Hemograma normal. Glasgow 15 e Fratura em radio (D).

SINAIS VITIAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

130 x 90 mmHg

RESPIRATÓRIA:

16

lpm

P. CARDÍACA:

96

bpm

TEMPERATURA:

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERSAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

ELASCOPIA:

15

EXAME FÍSICO:

SIM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

SIM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

DESIDERATADO

DIABÓTICO

DESTITRIDO

ESTÔMICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES

HAS

ID

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DOAGEM

DEPARTAMENTO DE SITUAÇÕES
DPVAT
CARTERIA DE LIBERDADE
22 ABR 2010

Gente Seguradora SIA
Av. Bernardo Ribeiro, 713 - Loja 3
Recife/PE - CEP 50170-040

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOMÉ

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HT LUSCO MPK TGO TGP AMILASE URNIA I

* RELACIONAR DADOS INICIAIS REALIZADOS

HOSPITAL
DE DESTINO:

Regional do Agreste

Thiago Oliveira
Medido
CRM-PE: 27.572

██████████

MÉDICO RESPONSÁVEL

SENHA GERAL:

SENHA CADASTRO:

Gravatá, 25 de fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **EDIELSON JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 18 de Janeiro de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Mathew Espíndola
COREN PE 514971-ENG

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU-Gravatá



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 477971

Prontuário: 332367

Nome: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data Nasc.: 08/10/1981 Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

CPF:

RG:

CNS:

Religião:

Nº:

Endereço: SITIO MAPIRONGA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GRAVATA

CEP: 55645755

Fone:

Estado: PE

Nome da Mãe: COSMA MARIA DE BELO

Profissão: AGRICULTOR

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 19/01/2019 02:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitória de ósseo metacarpiano apresenta
fratura exposta do rádio D.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

constante, doloroso, impõe

fluente sanguíneo de cavo da BC e
1/3 distal da artígio D.

Diag. Provisório:

Fratura exposta do rádio distal D.

Do BC
Anderson Ary Dias
Ortopedista
CRM 21731

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

Estado Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 - 4.5
Recife
PE
Horatio PE

Prescrição:

Dieta: _____

Data

	SF 500 ml EV = 03/20
	acetaminf - 200 mg EV - 03/20
	SPAT VAT — palle
	Anderson Ary Dias Ortopedista CRM 21731

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Guilherme RSE

Nº do Registro:

Clínico:

Nº do Leito

Operador: In. Leontino UM1º Assistente: In. Leônio

2º Assistente:

Monitormetador:

Anestesiista:

Anestesista:

Duração:

Data da Operação: 04/02/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Ramo D. I. 0

Diagnóstico Pós-Operatório:

Normal

Operação Proposta:

IRPFI c. Perna DCP S.R

Operação Realizada:

A metuz

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Pux c. DDI, foz. Muro
- Puxada + mola + corte c. metuz
- Acesso muz + projécto m. Dmuz + resultado PDEmuz + Puxada c. 1ºmuz
- Dmuz 3,5 + operação
- Puxado dc. Dmuz + resultado Fissk 2,7
- Lateral Grampos " 5f0,4
- Sutura c. muz 2.0 7cm
- Muz muz 178 Grampos

Dr. Leônio UM
Instituto de Cegos

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Edilson José de Souza	Nº do Registro: 332367
Clínica: Traumatologia	Nº do Leito:

Operador: Anderson AY Dias

1º Assistente:	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesiista:
Anestesia:	Duração:

Datas da Operação:	Inicio:	Termino:
--------------------	---------	----------

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta dos rádios → ulna →

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Fixação externa com coluna

Operação Realizada: A proposta

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

Brasile Seguradora S/A,
Av. Rio Branco, 715 - J. 5
Recife - PE

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente com ORH xef ilioquio triplex
- ② Amputação entomia
- ③ Dgonações de compre esternum
- ④ Amputações do fêmur e tímpano com SF 0,11.
- ⑤ Colocação de fixador de coluna em articulações
- ⑥ Sutura e curativo
- ⑦ Sutura curativo definitivo

Anderson AY Dias
CRM 21731