

ANUÁRIO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENHA NÃO VERIFICADO
22 ABR. 2019
de seguradora SIA.
Rua Barbosa, nº 715 - Loja 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013432726289

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENÇÃO NÃO VERIFICADA
22 ABR. 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

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 (1ª ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2ª 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 (1ª ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2ª 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: ENVALIDEZ PERMANENTE

NOME: EDIELSON JOSÉ DA SILVA

RG: 6.734.318 - SDS/PE

CPF: 084.816.124-64 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO MARJRUNGA N: S/N Bairro: ZONA RURAL

GRAVATA/PE CEP: 55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

Data do acidente:

sinistro: ENVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

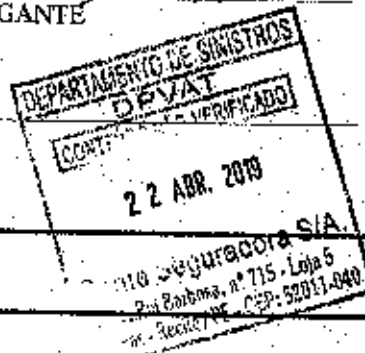
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar 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.

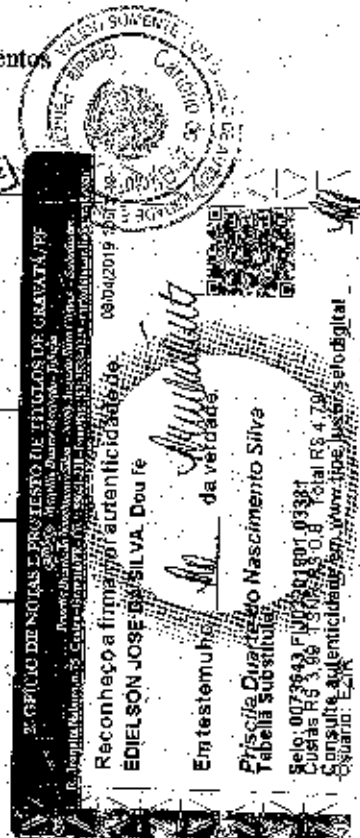
Edilson José da Silva
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:



Gravata/PE 08 Abril 2019
Local e Data



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: SÍTIO MARJRUNGA N: S/N Bairro: ZONA RURAL

GRAVATA/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

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

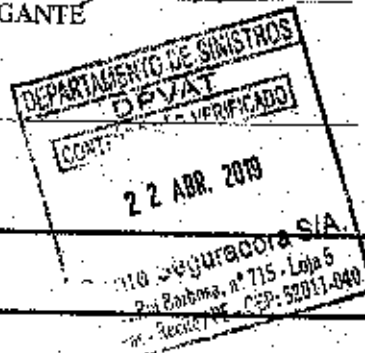
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar 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.

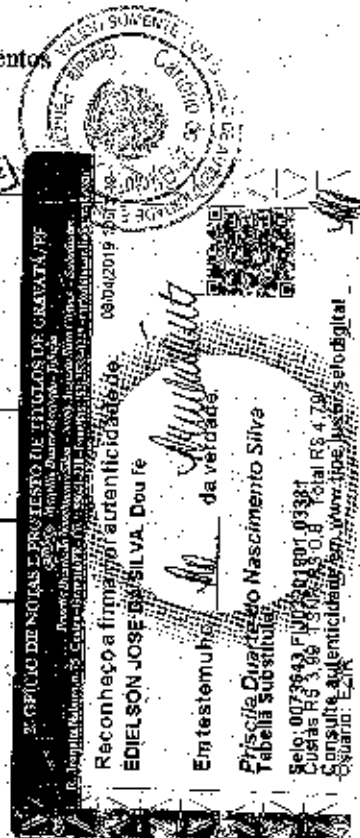
Edilson José da Silva
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:



Gravata/PE 08 Abril 2019
Local e Data



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

CPF: 084.816.124-64

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Número do Sinistro: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

CPF: 084.816.124-64

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos

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

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 médico-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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **084.816.124-64** Nome completo da vítima: **Edielson Jose da Silva**

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

Nome completo: **Edielson Jose da Silva** Profissão: **Recusar** Endereço: **Estrada Maripunga** Cidade: **Gravataí** Estado: **PE** CEP: **55640-000**

Bairro: **Zona Rural** Tel (DDD): **81 99228-5097**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0343** 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Gravataí 20/04/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edielson Jose da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gláucia Santa de Deus

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Recas - Recife/PE - CEP: 52011-000

Assinatura



518453
0135027/19



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER1/12ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0152001004

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que **AS BR PARNAMA, PÓSSESSOR(A) Sr(a): EDIELSON JOSE DA SILVA**
Gravata - Recife / PE - CEP: 52911-100

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, SÍTIO MAFIRUNGA, 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: **MUNICIPIO 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 ESD** 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 MANDAGARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA, QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUIU 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

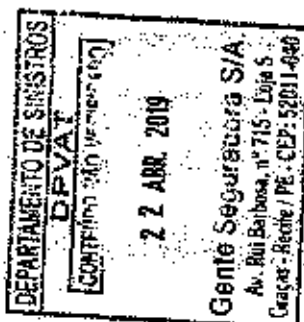
EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

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

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 MANDAGARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA, QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUIU 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.

EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

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 2436802	Vítima Nº
	Data do atendimento 19/01/2019 às 2000-01-01 01:50:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000100208	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	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			
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			
	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/enlameamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 9 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 Não se aplica			
	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"/> 8 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"/> 8 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		Condição de saúde do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	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"/> 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		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

DEPARTAMENTO DE ACIDENTES
DPVAT
CONTENÇÃO NÃO URGENTE
72 JAN 2019
Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
CEP: 51.040-000

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **084.816.124-64** Nome completo da vítima: **Edielson Jose da Silva**

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

Nome completo: **Edielson Jose da Silva** Profissão: **Recusar** Endereço: **Estrada Maripunga** Cidade: **Gravataí** Estado: **PE** CEP: **55640-000**

Bairro: **Zona Rural** Tel (DDD): **81 99228-5097**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0343** CONTA: **54083**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Gravataí 20/04/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edielson Jose da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gláucia Santa de Deus

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Vias - Recife/PE - CEP: 52011-000

Assinatura



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

DATA: 19/01/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

PACIENTE: EDIELSON JOSÉ DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

CNS: TC

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1981

IDADE: 37

TELEFONE:

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVENBRO

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

CIDADE: GRAVATÁ

Nº:

UF: PE

CEP:

PONTO DE REFERÊNCIA: CASA

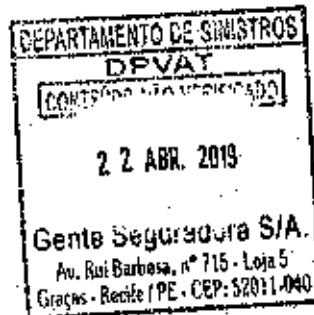
ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

HDA

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

EXAME FÍSICO

b > Vias perit 03 SO_2 : 97%
3 > Estável hemodinamicamente
D Glasgow 15 (olhos e orientado)
E fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

HD

Poltrama 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: 000000054081-0

Nr. da Autenticação 5EC2DB1D7D2303DB



bradesco

[237-2]

2378415009 91510.607566 18000.224507 9 00000800000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSDEN S AMARAL - 84770589488

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP.58642155

Secador/Avaliador



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:

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEIBSON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894-68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIELSON JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.816.124-64 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima EDIELSON JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.816.124-64 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA RIVALDO BASTOS</u>		Número	<u>56</u>	Complemento	
Bairro	<u>PARO</u>	Cidade	<u>GRAVATA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	<u>gleibson40@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>8199228</u>

Gravata, 18 de ABRIL de 2018
Local e Data

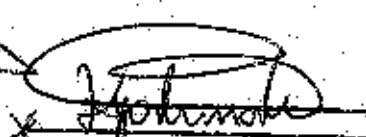
Gleibson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

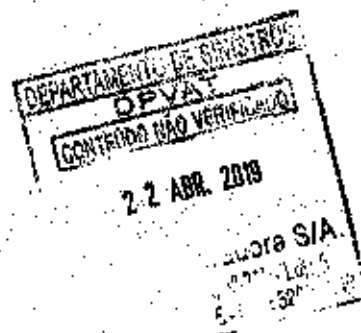
Eu, Alexsandro Fortunato da Silva
RG nº 6466095 data de expedição 1/11/17
Órgão SSP portador do CPF nº 04603295456 com
domicílio na cidade de GRAVATA no Estado de
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Thedominos Valsis nº 351
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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 ESDO
Ano: 2017
Placa: PAV1403
Chassi: 9C2KD0810TR000580
Data do Acidente: 18-01-2019
Local e Data: GRAVATA/PE, 13-03-2019


Assinatura do Declarante

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

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE
Reconheço a firma para autenticidade de:
ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA, DO
Em testemunha da verdade.
Prisco de Oliveira do Nascimento Silva
Tabela Substituta
Selo: 0073643.YT602201901.02110
Custas R\$ 3,00 - 1554,65 C.60. Total R\$ 4,75
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selo digital
Juseno, E2, 8





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

DATA: 19/01/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

PACIENTE: EDIELSON JOSÉ DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1981

IDADE: 37

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVENBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

CIDADE: GRAVATÁ

UF: PE

CEP:

PONTO DE REFERÊNCIA: CASA

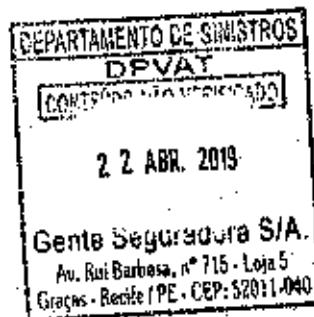
ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

HDA

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

EXAME FÍSICO

b) > Vias perivas $SO_2: 97\% RA$
3) Estável hemodinamicamente
4) Glasgow 15 (olhos e orientado)
5) Fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

HD

Poltrama 1 Fratura exposta de rádio

CID

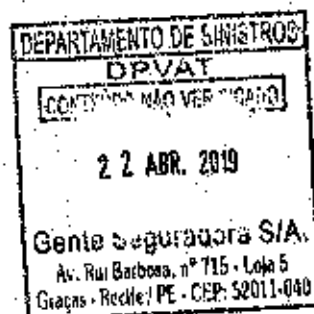
MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

Hospital Negrovol Agreste
5601882



ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



PREFETURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA E CRESCIMENTO

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

DATA DA SOLICITAÇÃO:

19/10/19

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

Edilson José da Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE:

IDADE:

67

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Politrauma + Fratura exposta radio

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente (colisão mob-carro). O mesmo estava pilotando a moto e utilizava capacete.

At. Vias aéreas. Glândula tireoidearicamente. Glândula 15 e fratura em radio(D).

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

130 x 80 mmHg

F. CARDÍACA:

96 bpm

F. RESPIRATORIA:

18 lpm

TEMPERATURA:

36,0 °C

NÍVEL DE CONSCIENTIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

15

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO
	2

(+ + + + +)

DEBILITADO

DEBILITADO

SIM NÃO

(+ + + + +)

CIANÓTICO

ISTÉRICO

DOENÇAS ASSOCIADAS

DIABETES

NAS

ID

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSE

MEDICAÇÃO EM USO

DOSE

EXAMES COMPLEMENTARES:

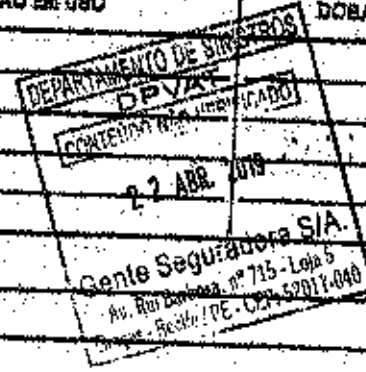
ECG

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS



TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HE

HT

LEUCO

EPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL DE DESTINO:

Regional do Agreste

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Thiago Oliveira
Médico
CRM-PE: 27.572

SERENA CENTRAL

SERENA RAMA



Prefeitura de
GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 25 de fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO

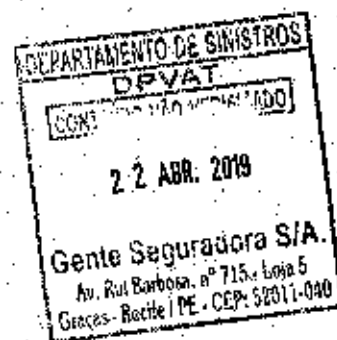
Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **EDIELSON JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 18 de Janeiro de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Mathius Espindola
COREN PE 574971 - ENF

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravata



Endereço: Rua XV de Novembro, 121 - Nossa Senhora das Graças - Gravata - PE

CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saude@prefeitura.degravata.pe.gov.br

www.prefeitura.degravata.pe.gov.br

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 477971

Prontuário: 332367

Nome: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data Nasc.: 08/10/1981

Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 160931266770005

Endereço: SÍTIO MAPIRONGA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GRAVATA

Nº:

Estado: PE

CEP: 55645755

Fone:

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: COSMA MARIA DE BELO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 19/01/2019 02:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitima de acidente automobilístico apresentando
lesão exposta do rádio D.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Consciente, orientado, agnóstico

Ferimento sangrante de corte de 2cm em
1/3 distal do antebraço D.

Diag. Provisório:

Fratura exposta do rádio distal D.

C.D. internamento

Dr. Bc
Anderson Ary Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21731

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

Prescrição:

Dieta:

Data

SF 500 - 1 cv - 03/20
afelotinaf - 2FA - 1AD cv - 03/20

SAR + VAG - 1/2

Anderson Ary Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21731

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: GUEIRO L RSE

Nº do Registro:

Clínica:

Nº do Leito:

Operador: Dr. Leonardo Lima

1º Assistente: Dr. Felipe

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesiologista:

Duração:

Data da Operação: 04/02/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura de Rota de Mão D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Amputação

Operação Proposta:

RPA e RPA de S.T.

Operação Realizada:

A. M. M. M.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Paciente em DRP, foi amputado
2. Paciente + Anestesia + Anestesiologista
3. Acesso vascular + dissecção da Rota de Mão D
4. RPA de Mão D + RPA de Mão S.T. + RPA de Mão S.T.
5. RPA de Mão D + RPA de Mão S.T.
6. RPA de Mão D + RPA de Mão S.T.
7. RPA de Mão D + RPA de Mão S.T.
8. RPA de Mão D + RPA de Mão S.T.

Dr. Leonardo Lima
Cirurgião Geral
RPA de Mão D

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Edilson B. de Silva

Nº do Registro: 33236+

Clínica: Traumatologia

Nº do Leito

Operador: Anderson Ary Dias

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiata:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta do rádio - D + ulna - D

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta:

Fixação interna com colar

Operação Realizada:

A proposta

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1 Paciente em DDH sob bloqueio deplexo
- 2 Anestesia e antiespasmódico
- 3 Esponja de compressa externa
- 4 Amputação do pulso e limpeza com SF 0,1%.
- 5 Colocação do fixador de colar em antebraço
- 6 Sutura e curativo
- 7 Aguarda curativo definitivo

Anderson Ary Dias
CRM 21731