

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 19/04/19

HORA: 10:45

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

91

Nome:

Amaão Vantas do Nascimento

Cartão SUS:

RG: 9448841

Sexo:

M

Data Nasc:

24/04/96

Idade: 23

Nome da mãe:

Ednalia Maria Silva Vantas

Logradouro:

Rua José Tiago de Araújo

Nº 124

Complemento:

Largo

Bairro/Localidade:

Araruna II

Município:

Timbaúba

UF:

PE

Telefone: ()

99324-9710

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

Queda de concreto caindo no - moto ba-
nha. Magoa membros superiores e. Relato de um rugido
de moleda

Olegio, o beritque

3- SSVV: T

F.C

PA:

F.R:

Glasgow:

SatO2

HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de extremidade

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___ h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1/10/19 - 1 amp, IM

Magda Apolinário
Médica
CRM PE 20084

11:35h

Carimbo: 1069091

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

~~VERDE ()~~ ~~AMARELO ()~~ AMARELO (X) VERMELHO ()

NOME: Maia Dantas do Nascimento ID ADE: 23

DATA: 19/04/19 HORA: 10:45 MUNICÍPIO: Timbaúba

PA: _____ T: _____ FC: _____ SAT: _____ PRSO: _____ HGT: _____

HAS () DM () ALERGIA MED ()

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- ~~Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()~~
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- ~~Fratura anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()~~
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()

2- Febre sem outros sinais clínicos ()

3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()

4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()

5- Internamento eletivo ()

6- Abscesso exceto face/ retroauricular () *Cate com NIE*

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**

1- Tosse crônica ou recorrente () *Após acidente de moto*

2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()

3- Coriza crônica ou recorrente ()

4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()

5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()

7- Dor abdominal crônica ()

8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

ORIENTOU: _____

Silvia 426 210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000029782-9

Nr. da Autenticação FAE9051D9B0519C0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abraão Dantas do Nascimento

RG nº 9.448.841, data de expedição 02/04/12, Órgão SPS-PE

CPF nº 116.380.08485, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Tiroso de Araújo</u>
Número	<u>123</u>
Apto / Complemento	<u>Coc</u>
Bairro	<u>Araucária</u>
Cidade	<u>Timbauá</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-5444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbauá 19-07-2019

Assinatura do Declarante:



Abraão Dantas do Nascimento



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 50510-000 Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ECIONALVA MARIA DA SILVA DANTAS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE TÁLIO DE ARAÚJO 121

CPF 964 440 024-00 NIS 16162150594

LOTTO ARAFUNA: TIMBAUBA
TIMBAUBA FE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

BAIXA RENDA COM NIS			CONTA CONTRATO 4001718466		MÊS/ANO 04/2019	
Nº DA NOTA FISCAL 05501254-S	SÉRIE UNICA	EMIÇÃO 12/04/2019	DATA DE VENCIMENTO 22/04/2019		DATA PREVISIVA PROXIMA LETURA 14/05/2019	
APRESENTAÇÃO 12/04/2019	Nº DO CLIENTE 2002101245	Nº DA INSTALAÇÃO 2875472	TOTAL A PAGAR (R\$)		58,81	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19071688	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32694288	22,88
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,0000000	0,49041432	10,29
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,44
ICMS Subvenção-CDE-NF 050393024-13/02/19			0,86
Multa por atraso-NF 050393024-13/02/19			1,55
Juros por atraso-NF 050393024-13/02/19			1,03
Atualização IGP-IPNF 050393024-13/02/19			1,24

DA FATURA

● ●

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
IP DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
4...2000	CAT	DATA 15/03/2019	LEITURA 13.978,00	DATA 12/04/2019	LEITURA 14.099,00	28	1,00000
							121,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 19,87	42,87%
TRANSMISSÃO	R\$ 2,47	5,56%
DISTRIBUIÇÃO (CARGO)	R\$ 11,53	26,85%
PERDAS DE ENERGIA	R\$ 3,82	8,31%
ENCARGO SUTERIAL	R\$ 1,67	4,26%
TRIBUTOS	R\$ 2,93	7,53%
Total	R\$ 36,88	100%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	36,88	1,35
PIS	36,88	0,52
COFINS	36,88	0,21

TAXAS APLICADAS	
Consumo inferior a 30 kWh	0,37820662
Consumo inferior superior a 30 até 100 kWh	0,30222800
Consumo inferior superior a 100 até 250 kWh	0,45327602

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

As condições gerais de
contratamento, incluindo, entre
outros, o prazo de validade,
serviço prestado e tributos, se
encontram à disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.vale.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO	CONDIÇÃO	VALOR OPERACIONAL	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						inferior	superior
ONT		0,00	0,15	12,30	220	202	231
PAC		0,00	3,36	6,72			
OMAC		0,00	3,63	0,00			

Limite OMAC: 12,22 EUROS: Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição a R\$ 10,17

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josivaldo Sebastião dos Santos,

RG nº 6528505, data de expedição 14/12/20,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 044.548.764-01, com

domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de

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

Rua José Teófilo de Araújo, nº 205,

complemento case, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Alaís Dantas do Nascimento, cujo o condutor era

Alaís Dantas do Nascimento.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 Titan EX

Ano: 2015

Placa: PDV 5184

Chassi: 9C2KC1660FR046532

Data do Acidente: 19-04-2019

Local e Data: Timbaúba 30-05-2019

Josivaldo Sebastião dos Santos
Assinatura do Declarante

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

TABELA DE NOTAS E VALORES DE TIMBAÚBA/PE	Geomar Brito Medeiros Autorizado: Mariane Alves Dias Rua Doutor Alcides, nº 345 - Ter. ex - Centro - Timbaúba/PE - (51) 3431-3860	Gratuito e autenticidade do seu digital em www.tpe.pe.br/timpe/digital
Reconheço por Autenticidade a firma de JOSIVALDO SEBASTIAO DOS SANTOS .		
Dout. Timbaúba - PE, 30/05/2019 10:30:51.		
Emol R\$ 3,50, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,04, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40		
CRISTYAN LUAN J. DA SILVA - escrevente autorizado		
Selo: 0150730 VPT0520190102384		





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Sexo:
MASCULINO

Mãe:

EDNALVA MARIA DA SILVA DANTAS

Endereço:

RUA JOSE TIAGO DE ARAUJO, N.º 121 - ; BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TIMBAUBA -
UF: PE

CNS:
708003898424421

Idade:
22 Anos 11 Meses 26 Dias

Contatos:
81. 93244710 | Celular: 81.

Nasc.
24/04/1996

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 19/04/2019 15:14

Prontuário: 1084930

Nº. Atendimento: 3323108

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM PERNA ESQ

História Clínica

ACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA CORTO CONTUSO EM PERNA ESQUERDA HÁ 8 HORAS

Exame Físico

FERIMENTO EM PERNA ESQ

Observações

FRATURA DIAFISARIA ESPIRAL DA TÍBIA ESQ

Conduta

CIRURGICO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

conforme original
doe
17/04/2019
ALEXANDRE LOPES
SAME - ANQUIVO
M.J.: 232.791-0
HOSP. OTÁVIO DE FREITAS - PE

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRM 15075 - TEOT 14144

REVISADO
23/04/2019
glauco



TIMBAÚBA
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: HOF Traumato

Paciente: Obnias Dantas do Nascimento

Idade: 23 anos

Senha: 5668904

Anamnese: Paciente y histórico de ulceração
moto - moto há 02 horas. Relata dor em
malas (D), com frimento contínuo

Exame Físico:

Px de puno: fratura em túlio (D),

Hipótese Diagnosticada AFD: fratura de túlio (D)

(fratura aberta exposta?)

Medicamentos/Procedimentos Realizados: CD: (Necessário fazer
retiro pl. conter sangramento, mesmo
se possibilidade de fratura exposta)

Equipe de Transferência Equipe de Transferência
CRM-PE 28981

Médico

Equipe de Transferência
Médica
CRM-PE 28981

Data: 11/04/19



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Abraão Dantas do nascimento		REG: 1084930
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO:
OPERADOR: DR MAURICIO MIRANDA		
1º ASSISTENTE: DRA RICARDO VILAR	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA ALINE	
ANESTESISTA: RAQUI	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 20/04/2019	INÍCIO: 22:30	FIM: 00:30
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: LIMPEZA CIRURGICA + OSTEOSINTESE C PLACA DCP		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE DE MID+ APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
3. ABORDAGEM ANT LAT DE PERNA DIR + IRRIGAÇÃO C SF A 0,9% (10 000ML) EM FOCO DE FRATURA
4. REDUÇÃO CIRURGICA E OSTEOSINTESE COM PLACA DCP 10 FURÓS+ OITO PARAFUSOS CORTICAIS
5. SUTURA + CURATIVO

[Handwritten signature]
Ricardo Vilas Boas
CRM 26.400

Atendimento: 3323140

Dt Atendimento: 19/04/2019 - 20:07

Dt Alta: 22/04/2019 - 20:51

Paciente: 1084930 ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 167 TRAU 27-03 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: LUCINEIDEMSL

Diretor Clínico:

CID: S828

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

407 trauma

Destino: _____

Paciente: Olmaris Dantas do Nascimento 56689 04Idade: 23 anos Senha: _____Anamnese: Paciente de histórico de violênciarelata dor emregião (D), com fratura exposta.

Exame Físico:

Na região: fratura em tórax (D)

Hipótese Diagnosticada 1. HP: fratura de tórax (D)(fratura aberta) (D)

Medicamentos/Procedimentos Realizados: _____

Equipe de Transferência: 13:50Rosângela + seu filho13:50Médico: Dr. [assinatura] Data: 17/06/19

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E LAZAROS BURIL

06R38

VALID

ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FOLHA UNICA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

9.448.841

02/04/2012

<< ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< ANTONIO TÔCA DO NASCIMENTO >>

<< EDNALVA MARIA DA SILVA DANTAS >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA - PB

24/04/1996

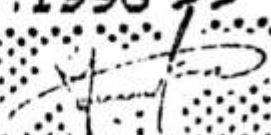
DOC ORIGEM

<< CN.21357 L.20A F.58V CART.TAMBAÚ-

JOÃO PESSOA-PB 23.07.1996 >>

CPF

116.380.084-85



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

116.380.084-85

Nome

ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Nascimento

24/04/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

Nº 014485939673

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - CDD RENAVAM 1045582112 / R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSIVALDO SEBASTIAO DOS SANTOS

TIMBAUBA - PE PLACA 044.548.764-01 PDU5184

PLACA ANT. UF / PE 9C2KC1660ER046532 CHASSI *****

ESPECIE TIPO / NOTOCICLITA ALCO/GAROL COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN EX ANO FAB. 2015 ANO MOO. 2015

CAP / ROT / CIL 2E / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1ª ***** VENC / COTAS 1ª *****

FAIXA LPVA 1 PARCELAMENTO COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ICJ (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 14/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

TIMBAUBA 14/02/19

Roberto Carlos Moreira Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014485939673 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSIVALDO SEBASTIAO DOS SANTOS

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 14/02/19

CPF / CNPJ 044.548.764-01 PLACA PDU5184

RENAVAM 1045582112 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC1660ER046532

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DEBITAR (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO (R\$) 84.58

DATA DE QUITAÇÃO 14/02/19

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.000/0001-04

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

EST. NAO SE DE POR SE OBRIGATORIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7695249 SDS PE

CPF

084.126.644-18

DATA NASCIMENTO

12/04/1990

FILIAÇÃO

GILBERTO CORREIA DA SI
LVA
MARIA ELIANA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04493129704

VALIDADE

06/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

04/11/2008

OBSERVAÇÕES

Gilberto Correia da Silva Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TIMBAUBA, PE

DATA EMISSÃO

08/10/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

83747005207
PE088256367

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1683538259

PROIBIDO PLASTIFICAR

1683538259



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1479173356

NOME
MARCOS ROBERTO DE OLIVEIRA RODRIGUES FILHO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8965051 SDS PE

CPF
112.732.604-06

DATA NASCIMENTO
26/11/1996

FILIAÇÃO
**MARCOS ROBERTO DE OLIV
EIRA RODRIGUES
GEIZA BEZERRA COELHO R
ODRIGUES**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AE

Nº REGISTRO
06631564382

VALIDADE
10/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
02/06/2016

OBSERVAÇÕES

Marcos Roberto de O R. Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TIMBAUBA, PE

DATA EMISSÃO
14/06/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**68758946708
PE079724256**



PERNAMBUCO



PROIBIDO PLASTIFICAR

1479173356

NOME
GILDERSON CORREIA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8270328 SDS PE

CPF
099.529.554-99

DATA NASCIMENTO
13/12/1992

FILIAÇÃO
**GILBERTO CORREIA DA SI
LVA
MARIA ELIANA DA SILVA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
05166721394

VALIDADE
15/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
24/03/2011

OBSERVAÇÕES

X

Gilderson Louisa da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TIMBAUBA, PE

DATA EMISSÃO
05/11/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

90704634768
PE088728072

PERNAMBUCO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111. BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

GILDERSON CORREIA DA SILVA

ENDEREÇO

RUA MARCAL EMILIANO SOBRINHO 87
--A -CENTRO/TIMBAUBA -55870-000
TIMBAUBA PE -

DATA DE VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 238,09

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/03/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/03/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

053653926

CONTA CONTRATO

7021365607

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

08/02/2019 a 12/03/2019

CONSUMO

272

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 51,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7021365607

MÊS/ANO

03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 238,09

VENCIMENTO

19/03/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838400000022 380900110071 021365607102 138295675938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcel Roberto de Oliveira Rodrigues

RG nº 8965051, data de expedição 02/06/06, Órgão S.D.S.-PE

CPF nº 112.732.60406 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Marcel Eriberto Sales</u>
Número	<u>87</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Tinlandia</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)98163-6008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tinlandia, 03-04-2019

Assinatura do Declarante: marcel Roberto de O.R. Filho

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilberto Lourenço de Siqueira Filho

RG nº 7695249, data de expedição 08/10/06 Órgão 503-PC

CPF nº 084.126.644-18 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marçal em Bonito Solimões</u>
Número	<u>87</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Boa</u>
Cidade	<u>centro</u>
Estado	<u>Timbalá</u>
CEP	<u>PE</u>
Telefone de Contato	<u>55870.000</u>
E-mail	<u>(81) 99540-1514</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbalá, 03 de abril de 2010

Assinatura do Declarante: Gilberto Lourenço de Siqueira Filho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190436200 **Cidade:** Ferreiros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.3(CIRURGIA)

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 inferiores	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: 3190436200 **Cidade:** Ferreiros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.3(CIRURGIA)

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0244271/19

Vítima: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

CPF: 116.380.084-85

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: ABRAAO DANTAS DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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
Outros

ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO : 116.380.084-85

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: 18/07/2019
Nome: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO
CPF: 116.380.084-85

ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190436200

Vítima: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

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, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190436200

Vítima: ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO

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

inferiores 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: **ABRAAO DANTAS DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **877**

Conta: **0000029782-9**

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 116.380.08485 Nome completo da vítima: Abraão Dantas do Nascimento

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

Nome completo: Abraão Dantas do Nascimento CPF: 116.380.08485
Profissão: autônomo Endereço: Rua José Tiago de Araújo Número: 121 Complemento: Casa
Bairro: Marum Cidade: Turandã Estado: PE CEP: 55870-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

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: 0877 CONTA: 29782 9
(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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Turandã 19/07-2019
Nome: GILDERSON CORREIA DA SILVA
CPF: 09952955499

Gilderson Correia da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA Filho
CPF: 08412664418

Gilberto Correia da Silva Filho
Assinatura

2ª Nome: Marcelo Roberto da Silva R. Filho
CPF: 112.732.604.06

Marcelo Roberto da Silva R. Filho
Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS -
DP59ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0149000275**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2019** às
18:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/4/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 121, LOTEAMENTO
ARARUNA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
JOSIVALDO SEBASTIÃO DOS SANTOS (OUTRO)
ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO**

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

.....
**DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**

**JOSIVALDO SEBASTIÃO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
EDNALVA MARIA DA SILVA DANTAS Pai: ANTONIO TOGA DO NASCIMENTO Data de
Nascimento: 24/4/1996 Naturalidade: JOÃO PESSOA / PARAIBA / BRASIL Documentos:
9448841/SDS/PE (RG), 11638008485 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: FAZENDA ARARUNA, 121, LOTEAMENTO ARARUNA - CEP: 0 -
Bairro: ZONA RURAL - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIVALDO SEBASTIÃO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN MIX EX** Objeto apreendido:
Não
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU6154** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KG1660ER046622**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SE DIRIGIA EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA MOTOCICLETA QUE VINHA NO SENTINDO CONTRARIO QUE ESTAVA EM ALTA VELOCIDADE, NÃO DANDO TEMPO MESMO DESVIAR-SE VEIO A COLIDIR COM A MESMA, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA, DEVIDO AGRAVIDADE O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA NA PERNA. DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA DESTA TODAS AS PROVIDENCIAS..

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

ABRAÃO DANTAS DO NASCIMENTO
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **LEONARDO JOSE DA SILVA**

Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **331131-0** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLÍCIA DA 959ª**

CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS - DP 959ª CIRC DINTER 1/11ª DE SEC

B.O. registrado por: **WALDEMAR FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **138339-2**

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:
	116.380.08485	Abraão Dantas do Nascimento

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

Nome completo:	CPF:
Abraão Dantas do Nascimento	116.380.08485
Profissão:	Número:
autônomo	121
Bairro:	Complemento:
marum	Caro
Cidade:	Estado:
Turandara	PE
E-mail:	CEP:
	55870-000
	Tel.(DDD):

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: 0877 ☐ CONTA: 29782 ☐ 9 ☐

(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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Turandara 19/07-2019

Nome: GILDERSON CORREIA DA SILVA

CPF: 09952955499

Gilderson Correia da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA Filho

CPF: 08412664418

Gilberto Correia da Silva Filho

Assinatura

2ª Nome: Marcos Roberto de Oliveira R. Filho

CPF: 112.732.604.06

Marcos Roberto de Oliveira R. Filho

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.