

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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1223998555

NOME
MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3907044 SSP PE

CPF
772.869.954-72

DATA NASCIMENTO
09/02/1972

RELACÃO
JOSE IRANEE DE
CARVALHO
DALVA MARIA ALBUQUERQUE
E DE CARVALHO

PERMISSÃO
ACC
CAR. HAB.
B

Nº REGISTRO
01697311358

VALIDADE
05/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/09/1991

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

56393324941
RR072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1223998555

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51.240-110

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
043.898.304-14

Nome
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

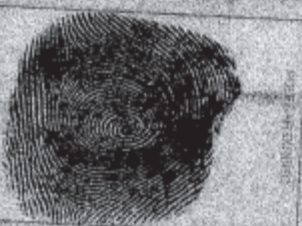
Nascimento
09/09/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

EC-4



Gean Claudio Pereira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.738.611 DATA DE EMISSÃO 27/06/2013

NOME
« GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS »

ENDEREÇO
« GILBERTO PEREIRA DOS SANTOS »
« FRANCISCA MARIA PEREIRA »

NATURALIDADE
PETROLINA - PE DATA DE NASCIMENTO
09/09/1977

CPF ORDEM « 076745 01 55 1981 1 00091 075 »
0018645 03 PETROLINA-PE »

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFUSO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1223998555

NOME
MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3907044 SSP PE

CPF
772.869.954-72

DATA NASCIMENTO
09/02/1972

RELACÃO
JOSE IRANEE DE CARVALHO
DALVA MARIA ALBUQUERQUE DE CARVALHO

PERMISSÃO
ACC
CAR. HAB.
B

Nº REGISTRO
01697311358

VALIDADE
05/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/09/1991

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

56393324941
RR072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1223998555

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51.240-110



PERICIA TRAUMATOLÓGICA N.º 95604-2019

ENCAMINHAR PARA DELEGACIA DE POLICIA DA 21ª CIRCUNSCRICAO - PETROLINA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

Lido e assinado (carimbo ou) médico (Alegista que assina Dr^o) - BRENO ARAUJO DE POSSIDIO - CRM 13493

Parte responsável

Assinado digitalmente por BRENO ARAUJO DE POSSIDIO, CPF nº 608.295.568 em 22/05/2013 18:16:18 através do Assinador Digital de Defesa Social - PE

Uma cópia autêntica do documento assinado digitalmente pode ser obtida em: <http://www.dados.gov.br> ou em qualquer outro local onde se possa obter a Chave Pública.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553204 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: VITIMA DE REFRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA , VEM EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, SEM SEQUELAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA COMPARECEU EM PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 14/08/2019 , CONSTATOU-SE QUE NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS

RG/CNH/CTPS: 9738611

CPF: 043.898.304-14

End: RUA A1 MONS. BERNARDINO Nº 40 APTº 102 -

BL. LAMP DE Fritas - BOM ESPERANÇA - PETROLINA - PE

Outorgado: Marcus André Albuquerque de Carvalho

RG/CNH/CTPS: 3907844

CPF: 772.869.954-72

End: RUA CAVAFISTOLA, 226 - ARRAIA BRANCA -

PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS



Petrolina, 20 de dezembro de 2018

Gean Claudio Pereira dos Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE PERNAMBUCO	
PRIMEIRA-SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA	
Reconheço por Autenticidade a firma de: <u>GEAN</u>	
<u>CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS</u> Petrolina, 20/12/2018	
11:50:29. Em testemunho da verdade. Atendente	
<u>Juliana</u>	<u>Santana</u> da <u>Silva</u>
<u>Guimarães</u>	<u>Emol. 3,39, TSNR R\$</u>
<u>0,80 FERC</u>	<u>R\$ 0,40 ISS 0,20 Total 4,79.</u>
Selo: 0159666.KFS12201801.01164	

1ª SNP



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
RG/CNPJ: 9439694-5/0518-0824-013 CPF: 047.898.309-14
End: Rua A-1 Moura Procunheiro, 19 MO APTO 102
BL LUNA DE FÁTIMA BUA ESPERANÇA - PERNAMBUCO - PE - 56300-00

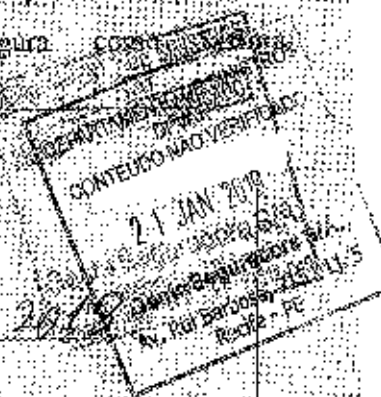
Outorgado: Marcos André Albuquerque da Costa
RG/CNPJ: 3907844-5/0518-0824-013 CPF: 372.809.929-72
End: Rua Constantino, 226 - ANEXO BARRIO
PERNAMBUCO - PE CEP: 56300-035

Nomeio aqui bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGERO OPVAT, que figura como

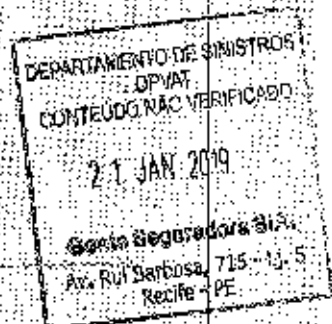
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
DATA ACIDENTE: 27.05.2018
PATOLIA: IMMUNIZ

Perceber

20 de Junho de 2018



Gean Claudio Pereira dos Santos
(MENCIONE E FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS

RG/CNH/CTPS: 9738611

CPF: 043.898.304-14

End: RUA A1 MONS. BERNARDINO Nº 40 APTº 102 -

BL. LAMP DE FÉLITAS - BOM ESPERANÇA - PETROLINA - PE

Outorgado: Marcus André Albuquerque de Carvalho

RG/CNH/CTPS: 3907844

CPF: 772.869.954-72

End: RUA CAVAFISTOLA, 226 - ALDEIA BRANCA

PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS



Petrolina

20 de

dezembro

de 2018

Gean Claudio Pereira dos Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE PERNAMBUCO	
PRIMEIRA-SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA	
Reconheço por Autenticidade a firma de: <u>GEAN</u>	
<u>CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS</u> Petrolina, 20/12/2018	
11:50:29. Em testemunho da verdade. Atendente	
<u>Juliana</u>	<u>Santana</u> da <u>Silva</u>
<u>Guimarães</u>	Emol. 3,39, TSNR R\$
0,80 FERC	R\$ 0,40 ISS 0,20 Total 4,79.
Selo: 0159666.KFS12201801.01164	

Consulte a autenticidade em: www.fps.jus.br/validar

1ª SNP



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração

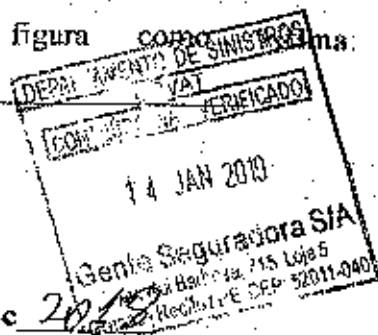


Outorgante: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
RG/CNH/CTPS: 9438611 CPF: 043.898.304-14
End: RUA 41 MONS. BERNARDINO Nº 40 APTº 102
BL. LAMAR DE FÉLITAS - BOM ESPERANÇA - PETROLINA - PE

Outorgado: Marcus André Albuquerque de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 3907844 CPF: 372.869.954-72
End: RUA CAVATISTOLA, 226 - ANELIA BRANCA
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS



Petrolina, 20 de DEZEMBRO de 2018

Gean Claudio Pereira dos Santos

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

Reconheço por Autenticidade a firma de: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS Petrolina, 20/12/2018

Fl: 50:29. Em testemunho da verdade. Atendente Juliana Santana da Silva

Guimarães Juliana Emol. 3,39, TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS 0,20 Total 4,79.

Selo: 015865 KFE1201801.01164

Consulte a autenticidade em: www.ba.ajm.br/autenticidade

1ª SNP

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043820/19

Vítima: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 043.898.304-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS : 043.898.304-14

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: 06/02/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333676/19

Vítima: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 043.898.304-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS : 043.898.304-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 043.898.304-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553204

Vítima: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553204

Vítima: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 29/05/2019, emitida pelo Dr. JOSE LINS DE A. NETO, CRM nº 8001 - PE, da Instituição HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **043.898.304-14** Nome completo da vítima: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

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

Nome completo: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS** CPF: **043.898.304-14**

Profissão: **PEDEIRO** Endereço: **RUA A1 - MOVS. BERNARDINO - BL. LAURO DE FARIAS** Número: **40** Complemento: **APT. 104**

Bairro: **POA ESPERANÇA** Cidade: **PETROPOLIS** Estado: **PE** CEP: **56300-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 995024368**

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: **3548** CONTA: **8321** **6**

(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 sequelas 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) ☐ Divorçado ☐ 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

Vivos: _____ Fallecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: **Petropolis 18 dezembro de 2018**

Nome: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

CPF: **043.898.304-14**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gean Claudio Pereira dos Santos **18 SNP**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **043.898.304-14** Nome completo da vítima: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

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

Nome completo: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS** CPF: **043.898.304-14**

Profissão: **PEDEIRO** Endereço: **RUA A1 - MOVS. BERNARDINO - BL. LAURO DE FARIAS** Número: **40** Complemento: **APT. 104**

Bairro: **POA ESPERANÇA** Cidade: **PETROPOLIS** Estado: **PE** CEP: **56300-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 995024368**

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

RENDAS 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: **3548** CONTA: **8321** **6**

(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 sequelas 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) ☐ Divorçado ☐ 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

Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: **Petropolis 18 dezembro de 2018**

Nome: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

CPF: **043.898.304-14**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gean Claudio Pereira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

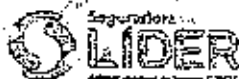
Assinatura

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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Especifique o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

043.898.304-14

Nome completo da vítima:

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

Nome completo:

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF:

043.898.304-14

Profissão:

RENTISTO

Endereço:

RUA A L - MOVS. BERNARDINO - BL. LAURO DE FARIAS

Número:

40

Complemento:

APT. 104

Bairro:

POA ESPERANÇA

Cidade:

PETROPOLIS

Estado:

PE

CEP:

56200-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(85) 995024368

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\$1.001,00 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 (serve para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3548

CONTA:

8321

6

(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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins da Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito a prossecução 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 após verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se teve filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ 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.

Local e Data:

Petropolis 18 dezembro de 2018

Nome:

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF:

043.898.304-14

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

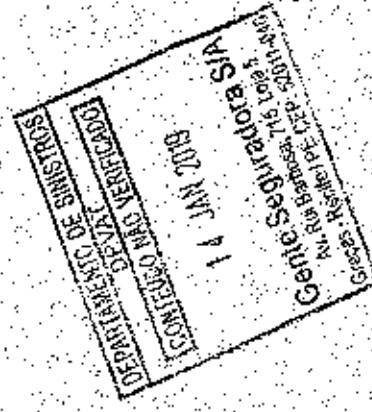
Gean Claudio Pereira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da Seguradora (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 teor do conteúdo antes da assinatura e entrega.





49785.

0013 773/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0304004266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2018 às 16:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/5/2018 às 22:12

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1. RUA 01, RESD. MONS. BERNARDINO** - Bairro: **CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s)-envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(S) (AUTOR \ AGENTE)
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

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

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILBERTO PEREIRA DOS SANTOS** Pai: **FRANCISCA MARIA PEREIRA**
Data de Nascimento: **03/01/1977** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **9738611/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- 0879961048642

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PETROLINA, 1, RUA A1 MSN BERNADINO, BLOCO LAURO DE FREITAS, 40, AP 102 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEICULO AUTOMOVEL (OUTROS TIPO DE OBJETO), que estava em posse do(a)
Sr(a): **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



18/12/2018 16:19

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SRº GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS, RELATANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. O ACIDENTE SE DEU QUANDO A VITIMA TRANSITAVA EM VIA PUBLICA E FOI ATINGIDO POR UM VEICULO AUTOMOVEL QUE O JOGOU AO SOLO, VINDO A TER DIVERSAS FRATURAS PELO CORPO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA E TRAUMAS DESTA CIDADE. E O REGISTRO.

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

Gean Claudio Pereira dos Santos

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **RAFAEL FONSECA FRANCA QUEIROZ** - Matrícula: 320127-9





49785.

0013 773/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0304004266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2018 às 16:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/5/2018 às 22:12

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1. RUA 01, RESD. MONS. BERNARDINO** - Bairro: **CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s)-envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(S) (AUTOR \ AGENTE)
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

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

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILBERTO PEREIRA DOS SANTOS** Pai: **FRANCISCA MARIA PEREIRA**
Data de Nascimento: **03/01/1977** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **9738611/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- 0879961048642

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PETROLINA, 1, RUA A1 MSN BERNADINO, BLOCO LAURO DE FREITAS, 40, AP 102 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEICULO AUTOMOVEL (OUTROS TIPO DE OBJETO), que estava em posse do(a)
Sr(a): **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



18/12/2018 16:19

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SRº GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS, RELATANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. O ACIDENTE SE DEU QUANDO A VITIMA TRANSITAVA EM VIA PUBLICA E FOI ATINGIDO POR UM VEICULO AUTOMOVEL QUE O JOGOU AO SOLO, VINDO A TER DIVERSAS FRATURAS PELO CORPO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA E TRAUMAS DESTA CIDADE. E O REGISTRO.

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

Gean Claudio Pereira dos Santos

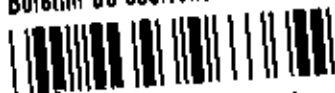
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **RAFAEL FONSECA FRANCA QUEIROZ** - Matrícula: 320127-9



Boletim de ocorrência



Ino
coloo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -
DP214ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

49785a
0013773/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0304004266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2018 às 16:19

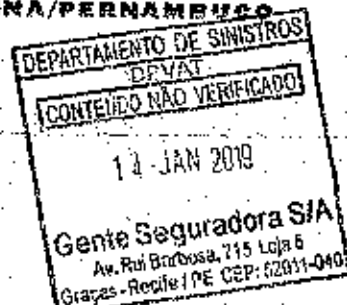
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/5/2018 às 22:12

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1, RUA 01, RESD. MONS. BERNARDINO** - Bairro: **CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO(S) (AUTOR / AGENTE)
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**



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

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **GILBERTO PEREIRA DOS SANTOS** Pai: **FRANCISCA MARIA PEREIRA**
Data de Nascimento: **09/01/1977** Nacionalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9738811/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares: **887981048642**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1, RUA A1 MON BERNARDINO, BLOCO LAURO DE FREITAS, 40, AP 102 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO(S) (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO AUTOMÓVEL (OUTROS TIPO DE OBJETO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

18/12/2018 16:19

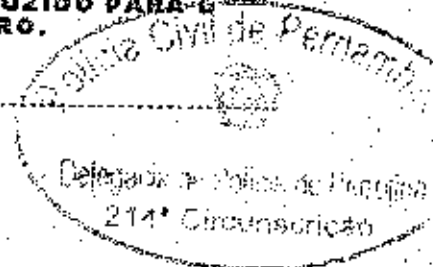
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SRº GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS, RELATANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. O ACIDENTE SE DEU QUANDO A VITIMA TRANSITAVA EM VIA PUBLICA E FOI ATINGIDO POR UM VEICULO AUTOMOVEL QUE O JOGOU AO SOLO, VINDO A TER DIVERSAS FRATURAS PELO CORPO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA E TRAUMAS DESTA CIDADE. É O REGISTRO.

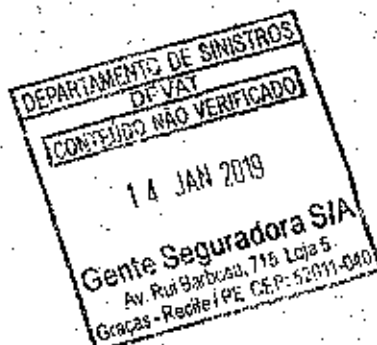
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gean Claudio Pereira dos Santos

GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **RAFAEL FONSECA FRANCA QUEIROZ** - Matrícula: 328127-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **043.898.304-14** Nome completo da vítima: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

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

Nome completo: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS** CPF: **043.898.304-14**

Profissão: **PEIXEIRO** Endereço: **RUA A1 - MOVS. BERNARDINO - BL. LAURO DE FARIAS** Número: **40** Complemento: **APT. 104**

Bairro: **POA ESPERANÇA** Cidade: **PETROPOLIS** Estado: **PE** CEP: **56300-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 995024368**

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: **3548** CONTA: **8321** **6**

(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 sequelas 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) ☐ Divorçado ☐ 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

Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: **Petropolis 18 dezembro de 2018**

Nome: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

CPF: **043.898.304-14**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gean Claudio Pereira dos Santos 1º SNP

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **043.898.304-14** Nome completo da vítima: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

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

Nome completo: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS** CPF: **043.898.304-14**

Profissão: **PEDEIRO** Endereço: **RUA A1 - MOVS. BERNARDINO - BL. LAURO DE FARIAS** Número: **40** Complemento: **APT. 104**

Bairro: **POA ESPERANÇA** Cidade: **PETROPOLIS** Estado: **PE** CEP: **56300-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 995024368**

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

RENDAS 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: **3548** CONTA: **8321** **6**

(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 sequelas 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) ☐ Divorçado ☐ 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

Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: **Petropolis 18 dezembro de 2018**

Nome: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

CPF: **043.898.304-14**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gean Claudio Pereira dos Santos **18 SNP**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.



PETROLINA



SAMU
192

LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 603/2018

Certificamos para os devidos fins que no dia 27 de Maio de 2018 às 22:h:12 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS Vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) pcr Carro na Rua 01, Residencial Monsenhor Bernardino, em Petrolina PE. Conforme ocorrência de Nº 5.004/18. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIA ficando aos cuidados de Dr. GUSTAVO.

Petrolina-PE, 29 de Novembro de 2018.



Debora Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE

Debora Raquel Veloso

Resp. Estatística - SAMU





PETROLINA



SAMU
192

LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 603/2018

Certificamos para os devidos fins que no dia 27 de Maio de 2018 às 22:h:12 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS Vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) pcr Carro na Rua 01, Residencial Monsenhor Bernardino, em Petrolina PE. Conforme ocorrência de Nº 5.004/18. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIA ficando aos cuidados de Dr. GUSTAVO.

Petrolina-PE, 29 de Novembro de 2018.



Debora Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE

Debora Raquel Veloso

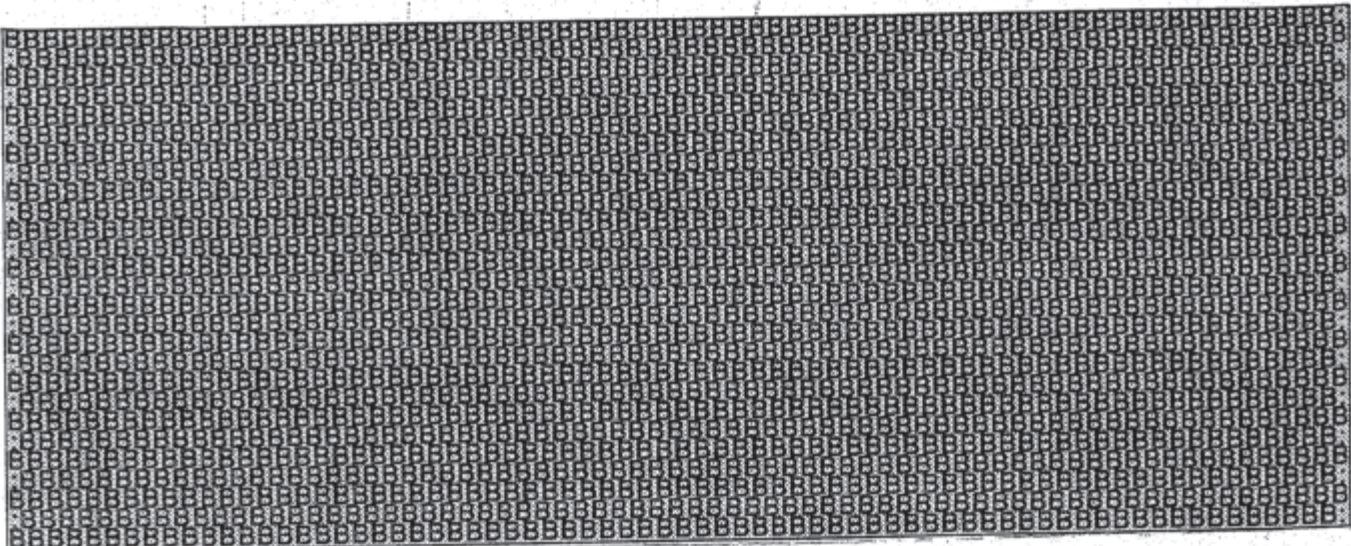
Resp. Estatística - SAMU



☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do porteiro / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____

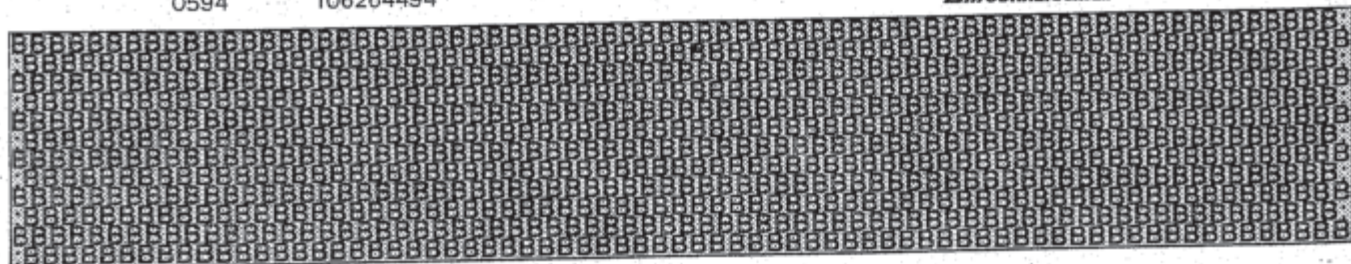
Responsável _____



BANCO DO BRASIL

0594

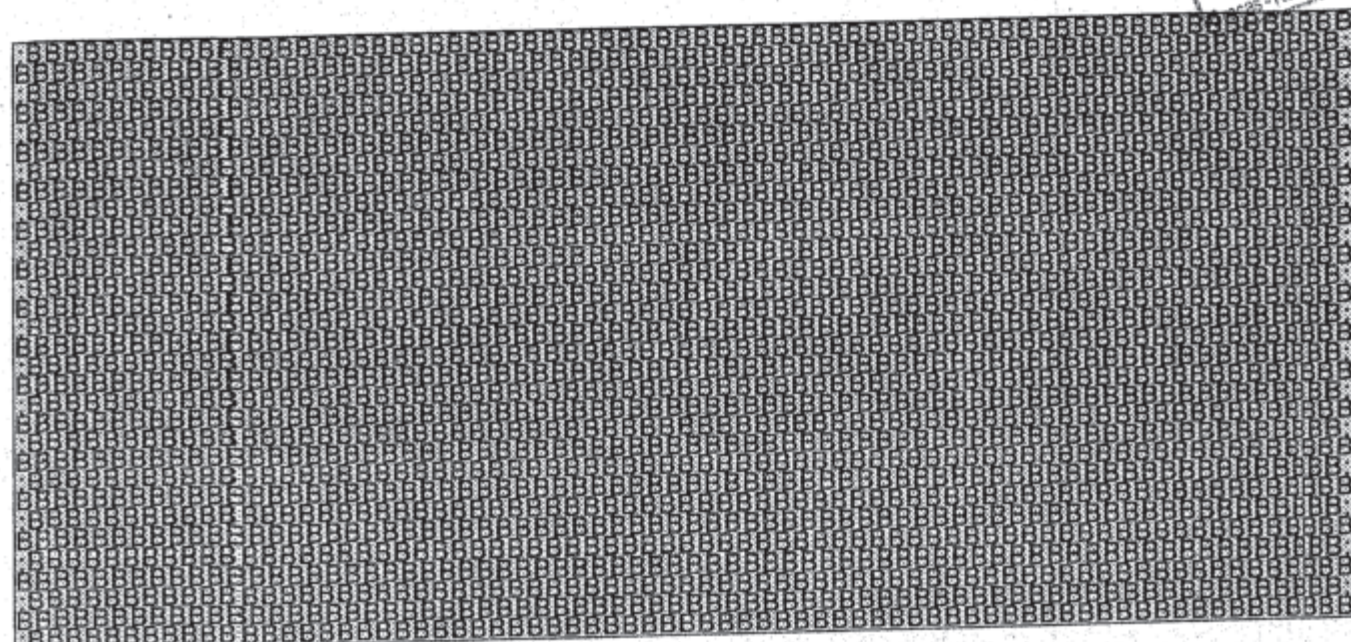
106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
 RUA CANA FISTOLA 226
 AREIA BRANCA
 56330-035 PETROLINA - PE



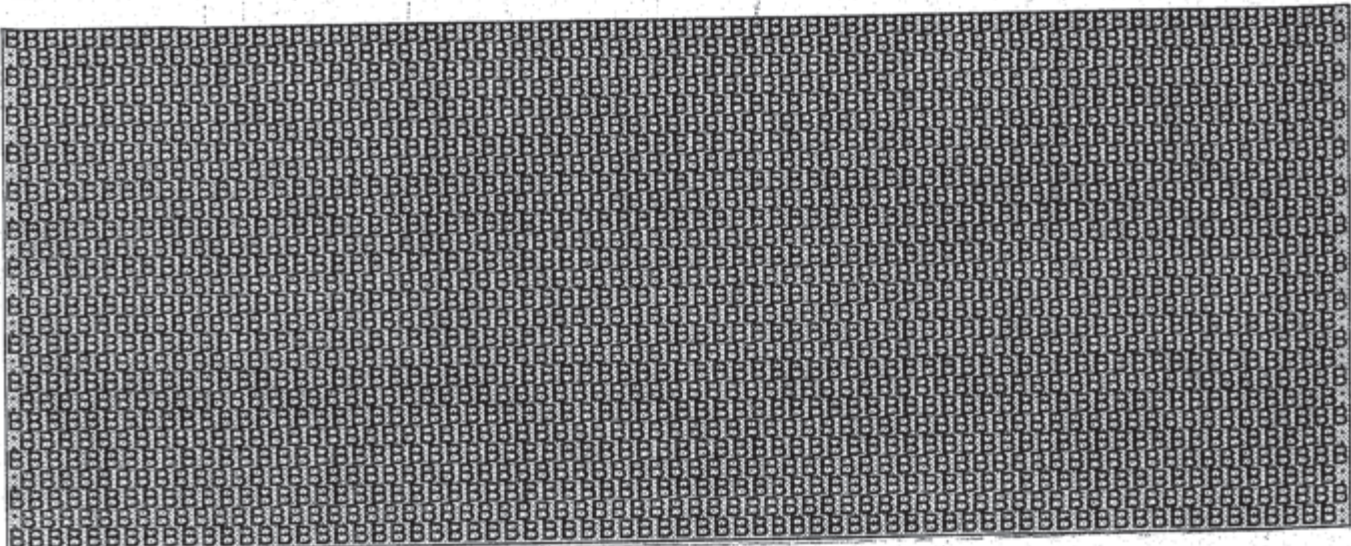
7213195069113040000000394230140618



☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do porteiro / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____

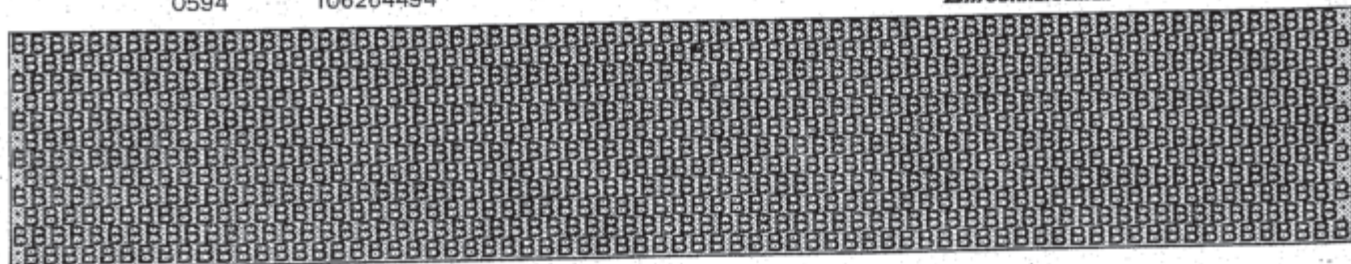
Responsável _____



BANCO DO BRASIL

0594

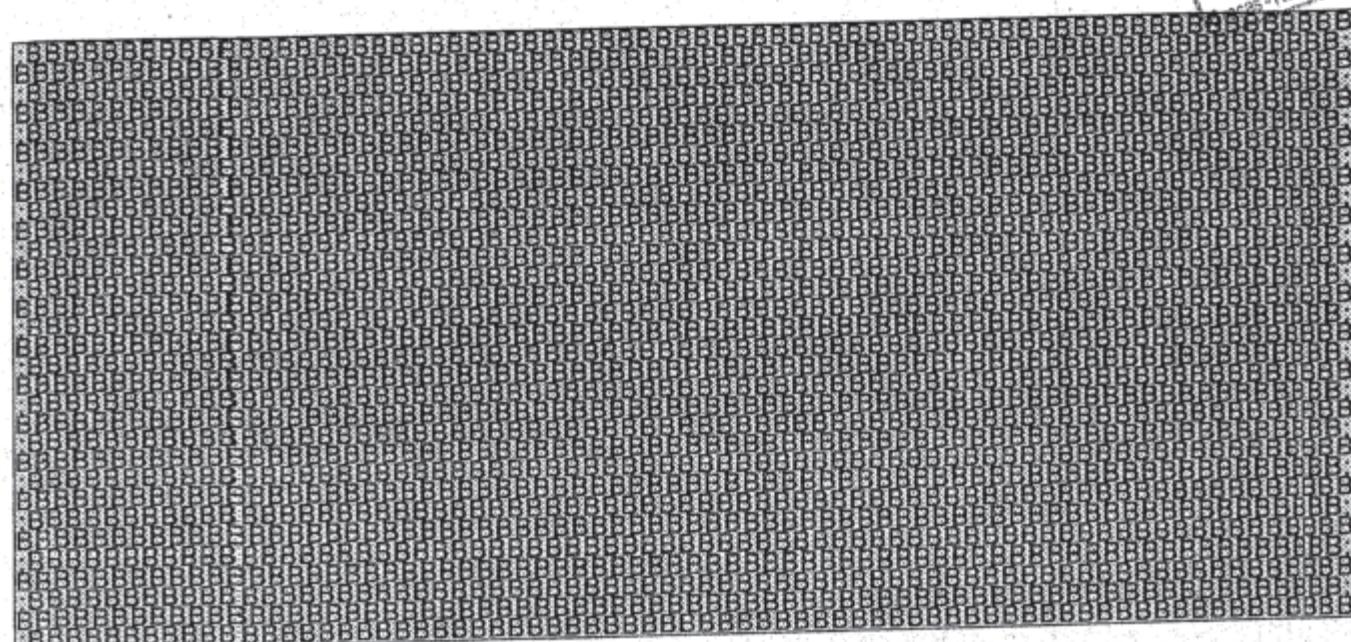
106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
 RUA CANA FISTOLA 226
 AREIA BRANCA
 56330-035 PETROLINA - PE



7213195069113040000000394230140618



☐ Multuado ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do portador / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado no serviço postal em _____

Responsável _____

Comprovante de residência



BANCO DO BRASIL

0594 106264494

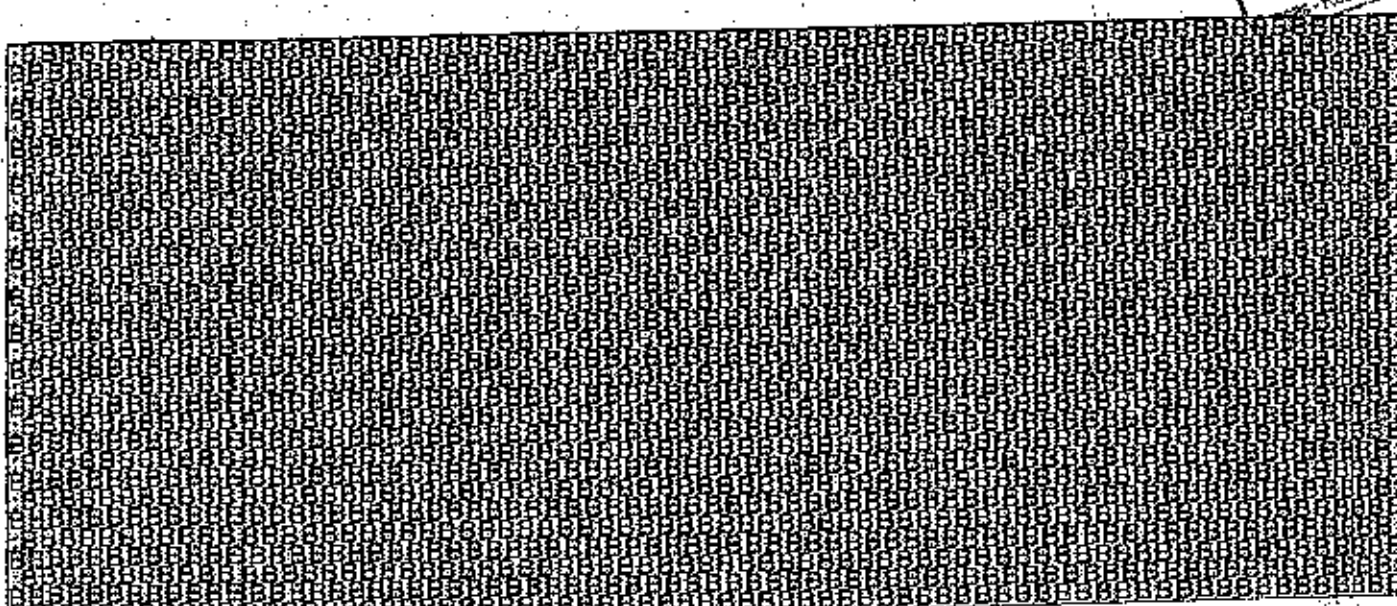


SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
 RUA CANA FISTOLA 226
 AREIA BRANCA
 56330-035 PETROLINA - PE



72121895069113040000000994230140618

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DP/AT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JAN 2019
 Genta Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5
 Recife/PE CEP: 50040-000



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcus André Albuquerque de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 772.869.954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura LIVELIBER da Vítima GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14, 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 informado, 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 CONFISOLA</u>		Número <u>226</u>	Complemento
Bairro <u>ANTIA BRANCA</u>	Cidade <u>RETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 995024368</u>

Retrolina 19 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcus André Albuquerque de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 772.869.954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura LIVELIBER da Vítima GEAN CLAUDIO PENTINA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14, 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

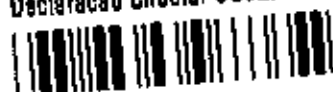
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA CONFISOLA</u>		Número <u>226</u>	Complemento
Bairro <u>ANTIA BRANCA</u>	Cidade <u>RETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 995024368</u>

Retrolina 19 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPV (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/BIBLIOTECASWEB/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 Marcus André Imperio de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 772.869.954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14 do sinistro de DPVAT cobertura JUVENIL da Vítima GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.898.304 / 14, 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 informado, 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 CARVALHO</u>		Número <u>226</u>	Complemento
Bairro <u>ANTIA BRANCA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(81) 995024368</u>

Petrolina, 19 de dezembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



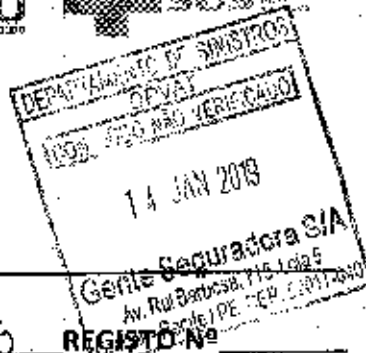
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO



UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: Guilherme Claudio P. dos Santos

REGISTRO Nº

Paciente vítima de acidente automobilístico no dia 27/05/18, deixando o SAMU em seguimento encaminhado para o HU - Petrolina.

Aprovamos a ruptura de elástico, TCE onde agravou seu quadro clínico, ficou hospitalizado no período de 27/05/18 a 29/05/18. Realizou tratamento de postura de dorso.

Sugestões preventivas: Amplitude de movimento do ombro direito limitado; quadro algico elevado decorrente do TCE do coluna cervical prejudicando o mesmo de interferir os seus movimentos da vida diária.

São indicados todo tratamento, porém com alguns recursos, permanente, por ser alto dificuldade.

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

DATA: 15/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Ficha de Atendimento - Emergência Nº 1 - A - T

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 60412438

Paciente: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA MARIA PEREIRA

Endereço: BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A T, nº 102 - MONSENHOR BERNADINO - PETROLINA (PE)

CNS: 703601001949939

Doc. Identificação: 9738511

Nasc: 09/03/1977

Idade: 19 anos

Telefone: (87) 30351404

Telefone: (87) 30351404

ANAMNESE DO MEDICO

27/05/17

NC - G - A

23:00h

Paciente vítima de atropelamento, trazida por SAMU, queda - mente umbral esquerdo, com fratura com umble aberto e TCE lux - do de grau. ECG Regular, sem alterações aparentes, supina - co, hidratado.

ACV: RCR 2T. Bulhas normoacústicas, S1 semio - R - 100 bpm.

PA - 130x80 mmHg.

AB: MV/D, um AHT, S/R - ER - 16, saturação O2 - 98%.

ABD: plano, deprimível, indolores.

ENC: ECG - 15, pupila e reatamagoras.

ANM: redução de 20 hematócritos com coque colado, protuber - ção de um chancelar direita(?).

Conduta: ① Rx tórax em laio + Rx de crânio AP e perfil + Rx lateral AP e perfil.

② Avaliação da Glicemia

③ Alta da cirurgia geral

④ Avaliação da VPR

⑤ Dinâmica OLF A740 w

+ Tensão O/P A + 10-12

⑥ TC DE CRÂNIO

Paciente:

Saida:

Nota:

ortopedia

Través em ambrosio D

Não refratava com soltura de osteossintese em clavícula D

CRIO Internamento (cirurgia eletiva)
pelo ortopedista após Alta do 1º R

3) Tipo 1a

Dr. Francisco Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.132-PE / 192.009-BA

100-28/5/18 - 13h

Paciente cl. relato de fratura de humero, a mais
fratura de clavícula e escápula por causa de queda
de 6 m, humero, 1º, 2º e 3º graus de calcificação
anterior, de fraturas e escápula

Edif. de 12 cm e com 10 mm de espessura

- 1) Brachiohumeral 1º e 2º grau
- 2) 1º grau de fratura de escápula

Michelly Mendes D. Costa
Assistente Administrativo
RUA VILA VERDE, 100
SÃO PAULO, SP, 05400-000

100-28/5/18 - 13h

Paciente relata queda, E.C.G.F., humero, 1º
e 2º graus de fratura de escápula, de fraturas
e fraturas de fraturas de fraturas de fraturas
no humero 1º e 2º grau.

2 fraturas de fraturas de fraturas de fraturas

de fraturas de fraturas de fraturas de fraturas

1) 1º grau de fratura de fraturas de fraturas de fraturas

2) 1º grau de fratura de fraturas de fraturas de fraturas

Michelly Mendes D. Costa
Assistente Administrativo
RUA VILA VERDE, 100
SÃO PAULO, SP, 05400-000

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

3 - CNES 5042414

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

5 - CNES 78960101849999

6 - RG 9738611

7 - CPF 00094977

8 - NASCIMENTO 19/09/1977

9 - SEXO M

10 - RACIA DO PACIENTE BRANCA

11 - ESTADO CIVIL CASADO

12 - ENDEREÇO
BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A L 12 182 - CIDADE SENHOR BERNARDINO PETROLINA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PETROLINA

14 - COORDENADA 2611161

15 - UF PE

16 - CEP 55630

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Uma lesão de rompimento com TGE em ombro direito. Apresenta sintoma metalica antiga na clavícula afetada

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
na página

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)
Exames de sangue e urina normais

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVÍCULA

21 - CID 10 PRINCIPAL S42.0

22 - CID 10 C. ASSOCIADAS

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

24 - CID 10 C. ASSOCIADAS

25 - CID 10 C. ASSOCIADAS

26 - CID 10 C. ASSOCIADAS

27 - CID 10 C. ASSOCIADAS

28 - CID 10 C. ASSOCIADAS

29 - CID 10 C. ASSOCIADAS

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

32 - CID 10 C. ASSOCIADAS

33 - CID 10 C. ASSOCIADAS

34 - CID 10 C. ASSOCIADAS

35 - CID 10 C. ASSOCIADAS

36 - CID 10 C. ASSOCIADAS

37 - CID 10 C. ASSOCIADAS

38 - CID 10 C. ASSOCIADAS

39 - CID 10 C. ASSOCIADAS

40 - CID 10 C. ASSOCIADAS

41 - CID 10 C. ASSOCIADAS

42 - CID 10 C. ASSOCIADAS

43 - CID 10 C. ASSOCIADAS

44 - CID 10 C. ASSOCIADAS

45 - CID 10 C. ASSOCIADAS

46 - CID 10 C. ASSOCIADAS

47 - CID 10 C. ASSOCIADAS

48 - CID 10 C. ASSOCIADAS

49 - CID 10 C. ASSOCIADAS

50 - CID 10 C. ASSOCIADAS

51 - CID 10 C. ASSOCIADAS

52 - CID 10 C. ASSOCIADAS

53 - CID 10 C. ASSOCIADAS

54 - CID 10 C. ASSOCIADAS

55 - CID 10 C. ASSOCIADAS

56 - CID 10 C. ASSOCIADAS

57 - CID 10 C. ASSOCIADAS

58 - CID 10 C. ASSOCIADAS

59 - CID 10 C. ASSOCIADAS

60 - CID 10 C. ASSOCIADAS

61 - CID 10 C. ASSOCIADAS

62 - CID 10 C. ASSOCIADAS

63 - CID 10 C. ASSOCIADAS

64 - CID 10 C. ASSOCIADAS

65 - CID 10 C. ASSOCIADAS

66 - CID 10 C. ASSOCIADAS

67 - CID 10 C. ASSOCIADAS

68 - CID 10 C. ASSOCIADAS

69 - CID 10 C. ASSOCIADAS

70 - CID 10 C. ASSOCIADAS

71 - CID 10 C. ASSOCIADAS

72 - CID 10 C. ASSOCIADAS

73 - CID 10 C. ASSOCIADAS

74 - CID 10 C. ASSOCIADAS

75 - CID 10 C. ASSOCIADAS

76 - CID 10 C. ASSOCIADAS

77 - CID 10 C. ASSOCIADAS

78 - CID 10 C. ASSOCIADAS

79 - CID 10 C. ASSOCIADAS

80 - CID 10 C. ASSOCIADAS

81 - CID 10 C. ASSOCIADAS

82 - CID 10 C. ASSOCIADAS

83 - CID 10 C. ASSOCIADAS

84 - CID 10 C. ASSOCIADAS

85 - CID 10 C. ASSOCIADAS

86 - CID 10 C. ASSOCIADAS

87 - CID 10 C. ASSOCIADAS

88 - CID 10 C. ASSOCIADAS

89 - CID 10 C. ASSOCIADAS

90 - CID 10 C. ASSOCIADAS

91 - CID 10 C. ASSOCIADAS

92 - CID 10 C. ASSOCIADAS

93 - CID 10 C. ASSOCIADAS

94 - CID 10 C. ASSOCIADAS

95 - CID 10 C. ASSOCIADAS

96 - CID 10 C. ASSOCIADAS

97 - CID 10 C. ASSOCIADAS

98 - CID 10 C. ASSOCIADAS

99 - CID 10 C. ASSOCIADAS

100 - CID 10 C. ASSOCIADAS

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
MAURICIO RABHARI DOS SANTOS

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/05/2018

38 - ASS. CARIMBO DO MED. CONSELHO
52609017, OFICINA

39 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)
13 - CNP DA SEGURADORA

40 - NOME DO PACIENTE

41 - NOME DO PACIENTE

42 - NOME DO PACIENTE

43 - NOME DO PACIENTE

44 - NOME DO PACIENTE

45 - NOME DO PACIENTE

46 - NOME DO PACIENTE

47 - NOME DO PACIENTE

48 - NOME DO PACIENTE

49 - NOME DO PACIENTE

50 - NOME DO PACIENTE

51 - NOME DO PACIENTE

52 - NOME DO PACIENTE

53 - NOME DO PACIENTE

54 - NOME DO PACIENTE

55 - NOME DO PACIENTE

56 - NOME DO PACIENTE

57 - NOME DO PACIENTE

58 - NOME DO PACIENTE

59 - NOME DO PACIENTE

60 - NOME DO PACIENTE

61 - NOME DO PACIENTE

62 - NOME DO PACIENTE

63 - NOME DO PACIENTE

64 - NOME DO PACIENTE

65 - NOME DO PACIENTE

66 - NOME DO PACIENTE

67 - NOME DO PACIENTE

68 - NOME DO PACIENTE

69 - NOME DO PACIENTE

70 - NOME DO PACIENTE

71 - NOME DO PACIENTE

72 - NOME DO PACIENTE

73 - NOME DO PACIENTE

74 - NOME DO PACIENTE

75 - NOME DO PACIENTE

76 - NOME DO PACIENTE

77 - NOME DO PACIENTE

78 - NOME DO PACIENTE

79 - NOME DO PACIENTE

80 - NOME DO PACIENTE

81 - NOME DO PACIENTE

82 - NOME DO PACIENTE

83 - NOME DO PACIENTE

84 - NOME DO PACIENTE

85 - NOME DO PACIENTE

86 - NOME DO PACIENTE

87 - NOME DO PACIENTE

88 - NOME DO PACIENTE

89 - NOME DO PACIENTE

90 - NOME DO PACIENTE

91 - NOME DO PACIENTE

92 - NOME DO PACIENTE

93 - NOME DO PACIENTE

94 - NOME DO PACIENTE

95 - NOME DO PACIENTE

96 - NOME DO PACIENTE

97 - NOME DO PACIENTE

98 - NOME DO PACIENTE

99 - NOME DO PACIENTE

100 - NOME DO PACIENTE

49 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

50 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

51 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

52 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

53 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

54 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

55 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

56 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

57 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

58 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

59 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

60 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

61 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

62 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

63 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

64 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

65 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

66 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

67 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

68 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

69 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

70 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

71 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

72 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

73 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

74 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

75 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

76 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

77 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

78 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

79 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

80 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

81 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

82 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

83 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

84 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

85 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

86 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

87 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

88 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

89 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

90 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

91 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

92 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

93 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

94 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

95 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

96 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

97 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

98 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

99 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

100 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
AUTORIZADOR

000000



SUS
SISTÈME
UNICO DE
SAÚDE



DECLARATIONS

NOME: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

IDADF

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 27/05/2018 A 29/05/2018
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
60(SESSENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA



COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE 45 DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CFD

SE OCEANOGRAPHY

COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA, HORARIO
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS

COMPARECEU A URGENCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE
NESTA DATA

DATA:

29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. J. D. S. Ling de A. Neto
União São Paulo de Medicina
Cirurgia 2005



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

MÉDICO: _____

DATA DO RETORNO: 15 (QUINZE) DIAS HORA: MANHÃ

DIAGNÓSTICO: REFRATURA DE CLAVICULA

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(87) 2101-6511

DATA: 29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

UNAF

AMBITO TERRITORIAL DE LA UNAF
El presente documento es propiedad de la UNAF y no puede ser
reproducido sin el consentimiento expreso de la UNAF.

RECIBIÓ

NOME

Gen. Carlos P. Santos

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

DATA

21/06/17

DE SINISTROS
EAT
SIN VERIFICADO

JAN 2019

Seguradora SIA
R. Carretera, 715 Loja
Rede/FE DEP: E2011-040

HUNA F

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

RELATORIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE **GRAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

DATA DE ALTA

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

REFRATURA DE CLAVICULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVICULA, PORÉM COM TC DE COLUMNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILLO OCCIPITAL, ESTAVA AGUARDANDO CONDUTA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA, PORÉM FOI OPTADO PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. CONVERSADO COM DR. TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIÃO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA DE OMBRO CLAVICULA EM SEU AMBULATORIO.



MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR. TIAGO NOGUEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA DE SEGUIMENTO DO OMBRO E DA COLUMNA CERVICAL DE SER CHAMADO PELA OMBRO.

PETROLINA-PE 29/05/2018

PACIENTE **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

PROGNTA: **ARTR**

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

REFRATURA DE CLAVICULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVICULA, POREM COM TC DE COLUMNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILLO OCCIPITAL. ESTAVA AGUARDANDO CONDUTA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA, POREM FOI OPTADO PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. CONVERSADO COM DR TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIAO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA DE CLAVICULA EM SEU AMBULATORIO.

MEDICACAO E CONDUTA POS ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR TIAGO NOGUEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA SOLICITADA EM ANEXO NO DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

RETORNO EM **29/05/2018**



Corpus

Centro de Ortopedia Reumatologia
Fisioterapia - RPG - Acupuntura
Doenças da Coluna e Osteoporose

RELATÓRIO

Paciente GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS relata ter sofrido acidente no dia 27.05.18 onde apresentou uma fratura de clavícula direita. Não foi realizado nenhum procedimento cirúrgico.

O mesmo apresenta movimento de membros superiores preservados, diminuição da força e dor ao esforço. Relata já ter fraturado a clavícula em 2016 onde foi realizado cirurgia para colocação de placa e parafuso. Apresenta leve artrose em ombro direito.

Petrolina – Pe, 01 de Fevereiro 2019.

Marcela M. Coimbra

CREFITO 142017 -F

Dra. Marcela Coimbra

Fisioterapia Motora
CREFITO 142017

Rua Padre Fraga, s/n Galeria do Hotel Grande Rio
(Em frente a Clínica de Fraturas) - Petrolina-PE
Fone: (87) 3866-2613 - E-mail: corpus2014@hotmail.com



Corpus

Centro de Ortopedia Reumatologia
Fisioterapia - RPG - Acupuntura
Doenças da Coluna e Osteoporose

RELATÓRIO

Paciente GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS relata ter sofrido acidente no dia 27.05.18 onde apresentou uma fratura de clavícula direita. Não foi realizado nenhum procedimento cirúrgico.

O mesmo apresenta movimento de membros superiores preservados, diminuição da força e dor ao esforço. Relata já ter fraturado a clavícula em 2016 onde foi realizado cirurgia para colocação de placa e parafuso. Apresenta leve artrose em ombro direito.

Petrolina – Pe, 01 de Fevereiro 2019.

Marcela M. Coimbra

CREFITO 142017 -F

Dra. Marcela Coimbra

Fisioterapia Motora
CREFITO 142017

Rua Padre Fraga, s/n Galeria do Hotel Grande Rio
(Em frente a Clínica de Fraturas) - Petrolina-PE
Fone: (87) 3866-2613 - E-mail: corpus2014@hotmail.com



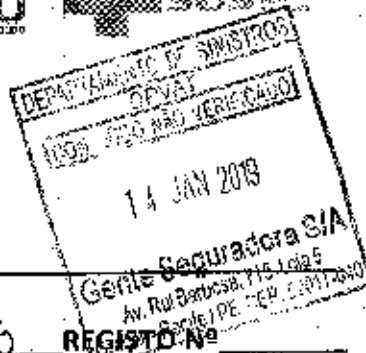
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO



UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: Guilherme Claudio P. dos Santos

REGISTRO Nº

Paciente vítima de acidente automobilístico no dia 27/05/18, deixando o SAMU em seguimento encaminhado para o HU - Petrolina.

Aprovamos a ruptura de elástico, TCE onde agravou seu quadro clínico, ficou hospitalizado no período de 27/05/18 a 29/05/18. Realizou tratamento de postura de dorso.

Sugestão preventiva: Amplitude de movimento do ombro direito limitado; quadro algico elevado decorrente do TCE do coluna cervical prejudicando o mesmo de rotina os seus movimentos da vida diária.

São indicados todo tratamento, porém com alguns recursos, permanente, por ser alto dificuldade.

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

DATA: 15/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Ficha de Atendimento - Emergência Nº 1 - A - T

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 60412438

Paciente: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA MARIA PEREIRA

Endereço: BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A T, nº 102 - MONSENHOR BERNADINO - PETROLINA (PE)

CNS: 703601001949939

Doc. Identificação: 9738511

Nasc: 09/03/1977

Idade: 19 anos

Telefone: (87) 30351404

Telefone: (87) 30351404

ANAMNESE DO MEDICO

27/05/17

NC - G A

23:00h

Paciente vítima de atropelamento, trazida por SAMU, queda - mente um pouco alterada, com fratura em um dos membros superiores e TCE leve no exame. Ex. Regular, consciente, orientado, afilado, supino, hidratado.

ACV: RCR 2T. Pulso normal, ST semis - RR - 180 bpm

PA - 130x80 mmHg

AB: MV/D, um AHT S/RA - FR - 16 - saturação O2 - 98%

YABD: plano, depressível, indolores

SNC: EEG - 15, pupila esquerda dilatada

RAI: redução de 20% hematócrito, com coágulo colado, pontos frios de um dos membros inferiores (?)

Condutas: ① Rx tórax em 2 vistas + Rx de ombros AP e perfil + Rx lateral AP e perfil

② Avaliação da Glasgow

③ Alta da cirurgia geral

④ Avaliação da NER

⑤ Dinâmica de 15 a 40 v de 10 a 12

⑥ TC DE CRÂNIO

Paciente

Saida

Nota

ortopedia

Través em ambos D

Não refratava com soltura de osteossintese em clavícula D

em Internamento (cirurgia eletiva pelo ortopedista após Alta do 1º R

3) Tipo 1a

Dr. Francisco Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.132-PE / 192.009-BA

100-28/5/18 - 13h

Paciente cl. relato de fratura de humero, a mais de 12 anos, com dor constante e progressiva por causa da fratura. Em 2006, quando estava em tratamento com fisioterapia, foi diagnosticada a fratura de humero, com deslocamento e fragmentos deslocados.

- 1) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.
- 2) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.
- 3) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.

100-28/5/18 - 13h

Paciente relata dor constante e progressiva por causa da fratura. Em 2006, quando estava em tratamento com fisioterapia, foi diagnosticada a fratura de humero, com deslocamento e fragmentos deslocados.

2) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.

3) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.

1) Fratura de humero com deslocamento e fragmentos deslocados.

1 - IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

3 - CNES 5042414

4 - IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

5 - CNES 78960101849999

6 - RG 9738611

7 - CPF 00094977

8 - NASCIMENTO 19/09/1977

9 - SEXO M

10 - RACIA DO PACIENTE BRANCA

11 - RACIA DO RESPONSAVEL BRANCA

12 - TELEFONE DE CONTATO 16723685400

13 - ENDEREÇO BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A L 12 182 - CID SENADOR BERNARDINO PETROLINA

14 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA PETROLINA

15 - COPIAGE 2611101

16 - UF PE

17 - CEP 55630

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Uma de apoplexia com TCE em membro direito. Apresenta sinais e sintomas de metástase na clavícula afetada.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
na doença

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATORIO)
Exames de sangue e urina normais.

21 - DIAGNOSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVICULA

22 - CID 10 PRINCIPAL S42.0

23 - CID 10 SECUNDARIAS

24 - CID 10 C. ASSOCIADAS

25 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

26 - CLINICA

27 - DATA DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N. DO DOCUMENTO (CONCEITO DO PROP. SOLICITANTE)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
MAURICIO RABARI DOS SANTOS

31 - DATA DA SOLICITACAO
28/05/2018

32 - ASS. CARIMBO DO MED. CONSELHO

33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - NOME DO SEGURADO

36 - NOME DO SEGURADO

37 - NOME DO SEGURADO

38 - NOME DO SEGURADO

39 - NOME DO SEGURADO

40 - NOME DO SEGURADO

41 - NOME DO SEGURADO

42 - NOME DO SEGURADO

43 - NOME DO SEGURADO

44 - NOME DO SEGURADO

45 - NOME DO SEGURADO

46 - NOME DO SEGURADO

47 - NOME DO SEGURADO

48 - NOME DO SEGURADO

49 - NOME DO SEGURADO

50 - NOME DO SEGURADO

51 - NOME DO SEGURADO

52 - NOME DO SEGURADO

53 - NOME DO SEGURADO

54 - NOME DO SEGURADO

55 - NOME DO SEGURADO

56 - NOME DO SEGURADO

57 - NOME DO SEGURADO

58 - NOME DO SEGURADO

59 - NOME DO SEGURADO

60 - NOME DO SEGURADO

61 - NOME DO SEGURADO

62 - NOME DO SEGURADO

63 - NOME DO SEGURADO

64 - NOME DO SEGURADO

65 - NOME DO SEGURADO

66 - NOME DO SEGURADO

67 - NOME DO SEGURADO

68 - NOME DO SEGURADO

69 - NOME DO SEGURADO

70 - NOME DO SEGURADO

71 - NOME DO SEGURADO

72 - NOME DO SEGURADO

73 - NOME DO SEGURADO

74 - NOME DO SEGURADO

75 - NOME DO SEGURADO

76 - NOME DO SEGURADO

77 - NOME DO SEGURADO

78 - NOME DO SEGURADO

79 - NOME DO SEGURADO

80 - NOME DO SEGURADO

81 - NOME DO SEGURADO

82 - NOME DO SEGURADO

83 - NOME DO SEGURADO

84 - NOME DO SEGURADO

85 - NOME DO SEGURADO

86 - NOME DO SEGURADO

87 - NOME DO SEGURADO

88 - NOME DO SEGURADO

89 - NOME DO SEGURADO

90 - NOME DO SEGURADO

91 - NOME DO SEGURADO

92 - NOME DO SEGURADO

93 - NOME DO SEGURADO

94 - NOME DO SEGURADO

95 - NOME DO SEGURADO

96 - NOME DO SEGURADO

97 - NOME DO SEGURADO

98 - NOME DO SEGURADO

99 - NOME DO SEGURADO

100 - NOME DO SEGURADO

59 - NOME DO AUTORIZADOR

60 - NOME DO AUTORIZADOR

61 - NOME DO AUTORIZADOR

62 - NOME DO AUTORIZADOR

63 - NOME DO AUTORIZADOR

64 - NOME DO AUTORIZADOR

65 - NOME DO AUTORIZADOR

66 - NOME DO AUTORIZADOR

67 - NOME DO AUTORIZADOR

68 - NOME DO AUTORIZADOR

69 - NOME DO AUTORIZADOR

70 - NOME DO AUTORIZADOR

71 - NOME DO AUTORIZADOR

72 - NOME DO AUTORIZADOR

73 - NOME DO AUTORIZADOR

74 - NOME DO AUTORIZADOR

75 - NOME DO AUTORIZADOR

76 - NOME DO AUTORIZADOR

77 - NOME DO AUTORIZADOR

78 - NOME DO AUTORIZADOR

79 - NOME DO AUTORIZADOR

80 - NOME DO AUTORIZADOR

81 - NOME DO AUTORIZADOR

82 - NOME DO AUTORIZADOR

83 - NOME DO AUTORIZADOR

84 - NOME DO AUTORIZADOR

85 - NOME DO AUTORIZADOR

86 - NOME DO AUTORIZADOR

87 - NOME DO AUTORIZADOR

88 - NOME DO AUTORIZADOR

89 - NOME DO AUTORIZADOR

90 - NOME DO AUTORIZADOR

91 - NOME DO AUTORIZADOR

92 - NOME DO AUTORIZADOR

93 - NOME DO AUTORIZADOR

94 - NOME DO AUTORIZADOR

95 - NOME DO AUTORIZADOR

96 - NOME DO AUTORIZADOR

97 - NOME DO AUTORIZADOR

98 - NOME DO AUTORIZADOR

99 - NOME DO AUTORIZADOR

100 - NOME DO AUTORIZADOR

000000



SUS
SISTÈME
UNICO DE
SAÚDE



DECLARACAO

IDADF

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 27/05/2018 A 29/05/2018
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
60(SESSENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA



COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE 45 DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CFD

SE OCEANOGRAPHY

COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA, HORARIO
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS

COMPARECEU A URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE
NESTA DATA

DATA:

29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

01-056 Lines de A Neto
 Unipol S/A e T. Metallogistas
 CPM 1986-1987



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

MÉDICO: _____

DATA DO RETORNO: 15 (QUINZE) DIAS HORA: MANHÃ

DIAGNÓSTICO: REFRATURA DE CLAVICULA

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(87) 2101-6511

DATA: 29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

UNAF

AMBITO TERRITORIAL DE LA FASE
El presente documento es propiedad de UNAF y no puede ser
reproducido sin el consentimiento escrito de UNAF.

RECIBIÓ

NOME

Gen. Carlos P. Santa

de la FASE

en la FASE

partes, donde

se agotan, como

en las partes

de la FASE

recuperación

CD 3/2

CD 3/2

DATA

21/06/7

DE SINISTROS
FAT
SINO VERIFICADO

JAN 2019

Seguradora SIA
Rta. Carretera, 715 Loja
Redes / FE DEP: E2011-040

HUNA F

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

RELATORIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE **GRAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

DATA DE ALTA

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

REFRATURA DE CLAVICULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVICULA. PORÉM COM TC DE COLUMNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILLO OCCIPITAL. ESTAVA AGUARDANDO CONDUTA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA. PORÉM FOI OPTADO PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. CONVERSADO COM DR. TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIÃO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA DE OMBRO CLAVICULA EM SEU AMBULATORIO.



MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR. TIAGO NOGUEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA DE SEGUIMENTO DO OMBRO E DA COLUMNA CERVICAL DE SER CHAMADO PELA OMBRO.

PETROLINA-PE 29/05/2018

PACIENTE **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

PROGNTA: **ARTR**

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

REFRATURA DE CLAVICULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVICULA, POREM COM TC DE COLUMNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILLO OCCIPITAL. ESTAVA AGUARDANDO CONDUITA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA, POREM FOI OPTADO PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. CONVERSADO COM DR TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIAO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA DE CLAVICULA EM SEU AMBULATORIO.

MEDICACAO E CONDUITA POS ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR TIAGO NOGUEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA SOLICITADA EM ANEXO NO DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

RETORNO DE **29/05/2018**



SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613-8889/3613-8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971.890/0001-20

RELATÓRIO MÉDICO

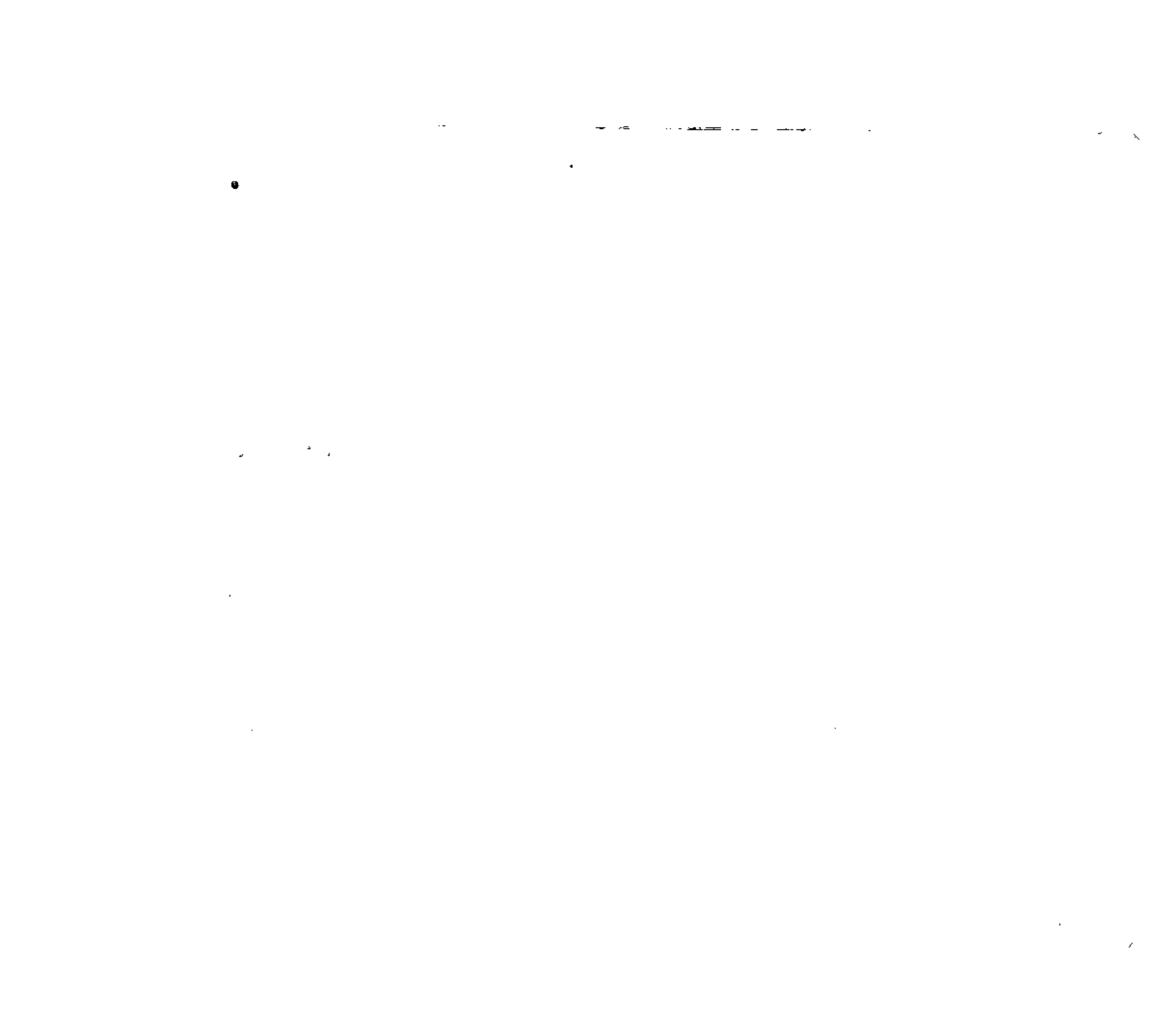
Documentação médico-hospitalar



O Sr(a)GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS foi vítima de trauma em ombro direito DIA 27/5/2018 onde apresentou fratura de 1/3 lateral da clavícula direita com indicação cirurgia.não foi submetido ao tratamento necessário e encontra-se com pseudoartrose da clavícula e dor.Teve alta hospitalar dia 29/5/2018.Atualmente tem pseudoartrose de clavícula e uma limitação funcional no ombro direito em torno de 60%.

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM - CRM 14.424-BA
08/05/2019

Roberto Bastos de Alencar Filho
CRM - CRM 14.424-BA
08/05/2019





Corpus

Centro de Ortopedia Reumatologia
Fisioterapia - RPG - Acupuntura
Doenças da Coluna e Osteoporose

RELATÓRIO

Paciente GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS relata ter sofrido acidente no dia 27.05.18 onde apresentou uma fratura de clavícula direita. Não foi realizado nenhum procedimento cirúrgico.

O mesmo apresenta movimento de membros superiores preservados, diminuição da força e dor ao esforço. Relata já ter fraturado a clavícula em 2016 onde foi realizado cirurgia para colocação de placa e parafuso. Apresenta leve artrose em ombro direito.

Petrolina – Pe, 01 de Fevereiro 2019.

Marcel M. Coimbra

CREFITO 142017 -F

Dra. Marcela Coimbra

Fisioterapia Motora
CREFITO 142017

Rua Padre Fraga, s/n Galeria do Hotel Grande Rio
(Em frente a Clínica de Fraturas) - Petrolina-PE
Fone: (87) 3866-2613 - E-mail: corpus2014@hotmail.com



Corpus

Centro de Ortopedia Reumatologia
Fisioterapia - RPG - Acupuntura
Doenças da Coluna e Osteoporose

RELATÓRIO

Paciente GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS relata ter sofrido acidente no dia 27.05.18 onde apresentou uma fratura de clavícula direita. Não foi realizado nenhum procedimento cirúrgico.

O mesmo apresenta movimento de membros superiores preservados, diminuição da força e dor ao esforço. Relata já ter fraturado a clavícula em 2016 onde foi realizado cirurgia para colocação de placa e parafuso. Apresenta leve artrose em ombro direito.

Petrolina – Pe, 01 de Fevereiro 2019.

Marcel M. Coimbra

CREFITO 142017 -F

Dra. Marcela Coimbra

Fisioterapeuta
CREFITO 142017

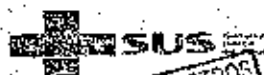
Rua Padre Fraga, s/n Galeria do Hotel Grande Rio
(Em frente a Clínica de Fraturas) - Petrolina-PE
Fone: (87) 3866-2613 - E-mail: corpus2014@hotmail.com



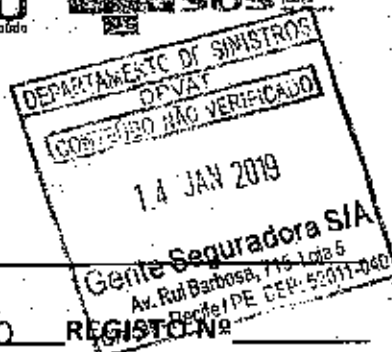
Prefeitura
Lagoa Grande
Urbanização e Cultura



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO



UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: Leon Claudio P. dos Santos

Paciente vítima de acidente automobilístico no dia 27/05/18, ocasionando o SAMU em seguida encaminhado para o HU - Petrolina.

Apresentou ruptura de rótula e TCE onde agravou seu quadro clínico, ficou hospitalizado no período de 27/05/18 a 29/05/18.

Realizou tratamento de fisioterapia de dor e de

Sinais físicos: Amplitude de movimento do ombro direito limitado; quadro óptico elevado decorrente do TCE do crânio com col. prejudicando o mesmo de retornar os seus movimentos do todo diário.

Se realizado todo tratamento, porém com sinais novos e permanente, por isso alto deficitiva.

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREITO 264926-F

DATA: 15/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Ficha de Atendimento - Emergência **NOI A T T**

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50412436

Paciente: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA MARIA PEREIRA

Endereço: BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A.1, nº 102 - MONSENHOR BERNADINO / PETROLINA (PE)

CNS: 703601001949939

Doc. Identificação: 9738611

Nasc.: 09/09/1977

Telefone: (87) 30351404

Telefone: (87) 30351404

ANAMNESE DO MÉDICO

27/05/18

XC GA

23:00h

Paciente vítima de atropelamento, trazido em UCU, devida-
mente imobilizado, com fratura em ombro direito e TCE lux
do osso da região EB. Registra, consciente, orientado, afável, supri-
do, hidratado.

ACV: RLR CT Bulhas respiratórias, S/ ruído FC = 100 bpm

PA = 130x90 mmHg

AR M/V ⊕, em AHT, S/RA. FR = 16, saturação O₂ 98%

TBD: plano, idurável, indolor.

SNC: ECG: IS, pupilas isofotoreagentes

ADM: Admissão de um hematoma em couro cabeludo, fratura
fechada em clavícula direita(?)

Conduta: ① Rx tórax na lito + Rx de ombro AP + perfil +
Rx cervical AP + perfil

② Avaliação da ortopedia

③ Alta da cirurgia geral

④ Avaliação da NFR

⑤ Dignidade OIFA + ADIV + Tenoxica OIFA + ADIV

⑥ TC DE CRÂNIO

S. Paciente: _____

Saida: _____ Hora: _____

Data de Impressão: 27/05/2018

Hora: 22:57

ortopedia

Tramo em ambos D

M= repartira com soluto de osteostimulose
em divicula D

CRIO Internamento y (cureja elctiv

pelo ortopedic apos Alta da r-r

Dr. Francisco GUSTOS
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.132-PE / 22.009-BA

2) Tirois

10-28/5/12 - 13h

Parente de alto de otopulimento, o mado - LIVAS -
pelo de subulato e otopulente por com 02/12/12
26/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12
mado, o mado e o mado
12/12/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12

2) Brnopulso 12/12/12
3) 12/12/12 12/12/12

MINICRIS NIN 12/12/12
12/12/12 12/12/12
12/12/12 12/12/12
12/12/12 12/12/12

12-28/5/12 - 13h

Parente pulmo' total, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12
em mado otopulente de mado,
12/12/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12

o mado fratura condila - capitul.

em mado fratura de mado - mado.

1) 12/12/12 mado mado 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12

2) 12/12/12 mado mado 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12

12/12/12 mado mado 12/12/12, 12/12/12, 12/12/12

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES
6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES
6042414

5 - NOME DO PACIENTE
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

6 - ACOMPANHANTE
SIM

7 - PRONTUÁRIO
50412436

8 - CNS
703601001949939

9 - RG
9738611

10 - CPF

11 - NASCIMENTO
09/09/1977

12 - SEXO
M

13 - RAÇA/COR
PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE
FRANCISCA MARIA PEREIRA

16 - TELEFONE DE CONTATO
(87) 30351404

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO
BLOCO LAURO DE FREITAS RUA A 1, nº 102 - MONSENHOR BERNADINO

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PETROLINA

21 - COO/BGE
2811101

22 - UF
PE

23 - CEP
56300

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
vítima de atropelamento com TCE em ombro direito. Apresenta sintoma metélico antiga na clavícula afetada.

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
as acima

Michellia Mendes Pereira
Assessoria Administrativa
RUA UNIVASF / 8858RH
FONE: 3339882

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
SINISTRO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. R. Barbosa, 110 - 5º andar
Graciosa - Recife/PE - CEP: 52011-040

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ex: simples mais exame físico

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVÍCULA

28 - CID 10 PRINCIPAL
S42.0

29 - CID 10

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

32 - COD. PROCEDIMENTO
408010150

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE
642539707

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
MAURICIO RAPHAEL DOS SANTOS

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/05/2018

39 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)
52502647/CREMPEPE 24.574

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N. BICHO

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - ONAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURO () NÃO SEGURO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

52 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA

55 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
2668606401955

SUS
SISTEMA
UNICO DE
SAUDE

ATESTADO

DECLARAÇÃO

NOME: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

IDAIDEUNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 27/05/2018 A 29/05/2018
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
60(SESSENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NÉCESSITA DE 45 DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CD:

34 DECLARACIÓ

COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

COMPARECEU A URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA

DATA:

29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
D. AT
VERIFICADO

1 JAN 2018

Gente Seguradora S/A
R. Porto Alegre, 716, Lapa 5
Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20011-0

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715, Loja 5
Goiânia - R. 111 PE CEP: 52011-040

~~Dr. JOSÉ Lino de A. Neto
O. 2023-212 e 214
CRM 12041~~



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

MÉDICO: _____

DATA DO RETORNO: 15 (QUINZE) DIAS HORA: MANHÃ

DIAGNÓSTICO: REFRATURA DE CLAVICULA

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel: (87) 2101-6511

DATA: 29/05/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

HUNA F

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS
RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

TERMO DE ALTA

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

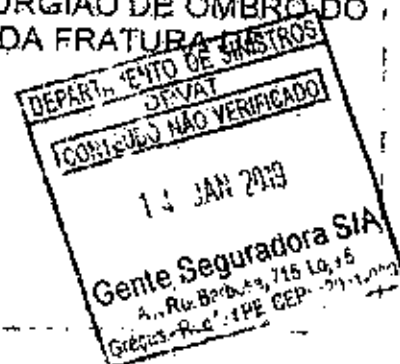
REFRATURA DE CLAVICULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVICULA, POREM COM TC DE COLUMNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILO OCCIPITAL ESTAVA AGUARDANDO CONDUTA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA. POREM FOI OPTADO PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

CONVERSADO COM DR TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIAO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA CLAVICULA EM SEU AMBULATORIO



MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR TIAGO NOGUEIRA

19/06/18 07:30

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SERIADA) EM ANEXO NO DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MEDICO).

PETROLINA-PE 29/05/2018

Dr. José Carlos de A. Nogueira
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM: 12.288-6
R. C. 1 PE CEP: 55.000-000



HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS**

IDADE

DATA DE ADMISSÃO: **27/05/2018**

PRONTUÁRIO:

DATA DE ALTA: **29/05/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

REFRATURA DE CLAVÍCULA

CID:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE COM REFRATURA DE CLAVÍCULA, POREM COM TC DE COLUNA CERVICAL EVIDENCIANDO FRATURA DE CONDILO OCCIPITAL ESTAVA AGUARDANDO CONDUTA DA NEURO PARA TRATAMENTO PELO ORTOPEDIA. POREM FOI OPTADO, PELA NEURO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. CONVERSADO COM DR TIAGO NOGUEIRA (CIRURGIAO DE OMBRO DO SERVIÇO) E OPTADO POR ACOMPANHAMENTO DA FRATURA DE CLAVÍCULA EM SEU AMBULATORIO

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNAF EBSEER
FAP-PE 219.2942

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

RETORNO APÓS 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR TIAGO NOGUEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NO DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

PETROLINA-PE 29/05/2018

Dr. José Luis de A. Neto
Ortopedista e Traumatologista
FAP-PE 219.2942

RECIBO DE ENTREGA
03/06/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE DE SINISTROS
JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Rua B. Bosa, 715 Lda 5
Cep: 52.011-000 PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
043.898.304-14

Nome
GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS

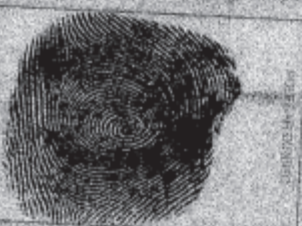
Nascimento
09/09/1977

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

EC-4



Gean Claudio Pereira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.738.611 DATA DE EMISSÃO 27/06/2013

NOME
« GEAN CLAUDIO PEREIRA DOS SANTOS »

ENDEREÇO
« GILBERTO PEREIRA DOS SANTOS »
« FRANCISCA MARIA PEREIRA »

NATURALIDADE
PETROLINA - PE DATA DE NASCIMENTO
09/09/1977

CPF ORDEM « 076745 01 55 1981 1 00091 075 »
0018645 03 PETROLINA-PE »

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFUSO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040