



Número: **0009753-46.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
JOSE TEIXEIRA DA SILVA (AUTOR)			SOYANNE RODRIGUES DE MEDEIROS (ADVOGADO) BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64038313	01/07/2020 15:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. J. G. de Brito, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50033-992
CNPJ 16.935.932/0001-09 | Ins. Est. 405543-33 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSILENE MARIA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SANTANA 716

CPF 066.852.404-90 NIS 16278022057

SANTANA/GRAVATA
GRAVATA PE
55945-808

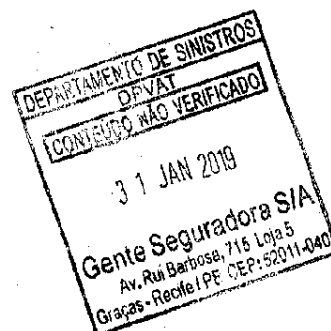
CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CCM NIS

CONTA CONTRATO 4002294910 11/2018
DATA DE VENCIMENTO 03/12/2018 DATA PRIMEIRA FATORIAL LETURA 27/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 57,12

Nº DA NOTA FISCAL 040780519
SERIE ÚNICA
EMISSÃO 28/11/2018
APRESENTAÇÃO 28/11/2018
Nº DO CLIENTE 20022721452
Nº DA INSTALAÇÃO 128/281

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QTD	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,18200025	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	78,000000	0,21641014	22,87
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	39,000000	0,47311521	18,46
Acrescimo Sanidade AMARELA			0,73
Acrescimo Sanidade VERMELHA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 029448881 - 27/09/18			0,53
Juros por atraso-NF 029448881 - 27/09/18			0,47
Atualização IZ-AN-NF 029448881 - 27/09/18			0,78
TOTAL DA FATURA			57,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
12805	128	27/09/18	12805	28/11/18	12805	62	1,0000		128,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
MÊS		BASE DE CÁLCULO		VALOR DO IMPOSTO		TAXAS E OUTROS		TOTAL	
NOV-18	128	ICMS	47,28	0,74	0,35	Tratamento	28	3,05	0,43%
OUT-18	128	PIS	47,28	0,74	0,35	Distribuição (Cadeia)	28	14,34	10,43%
SET-18	128	COPINS	47,28	3,34	1,63	Perda de Energia	28	4,51	3,50%
AGO-18	128					Franquia Setorial	28	2,05	1,57%
JUL-18	128					Tributação	28	1,28	1,00%
JUN-18	128					Total	28	47,58	36,95%
MAY-18	128								
ABR-18	128								
MAR-18	128								
FEB-18	128								
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh									0,4333380





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

Bairro:

SANTANA

Cidade:

GOAVATA

Estado:

PE

Número:

Complemento:

CEP:

55645-808

Tel. (DDD):

819922815094

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 POUPIANÇA (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: 0943

☐

CONTA: 52382

☐

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

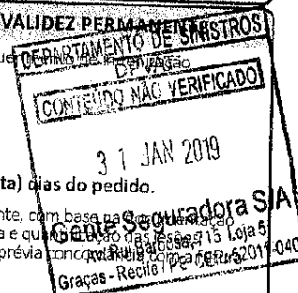
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

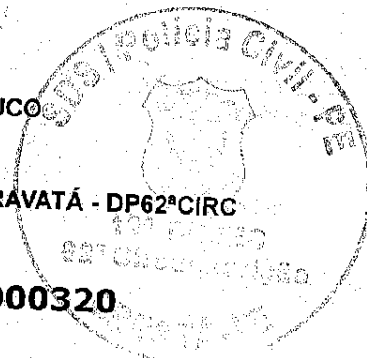
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152000320**



501749

0036446/1

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/12/2018** no período da **Manhã**

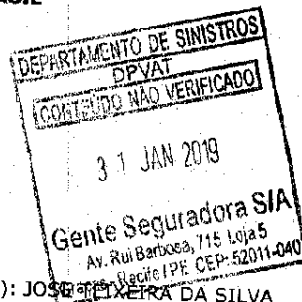
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO; VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSE TEIXEIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**



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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA**
Pai: **GERÔNIO TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1960** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 718, RUA ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO; VILA SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO PLACA PFE-9829 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE-9829 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **NXR150 BROS ES**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTO NA VIA LOCAL, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO, QUANDO UMA OUTRA MOTO COLIDIU COM A SUA, OCASIONANDO A QUEDA DA VÍTIMA QUE SOFREU A QUEBRA DE SUA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO



HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA APRESENTADA NESTA DELEGACIA.

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

Jose Teixeira da Silva
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Deise Barbosa Figueroa Faria*
DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA - Matrícula: 3875113





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

Bairro:

SANTANA

Cidade:

GOIATÁ

Estado:

PE

Número:

Complemento:

CEP:

55645-808

Tel. (DDD):

81 9922815094

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: 0943

CONTA: 52382

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

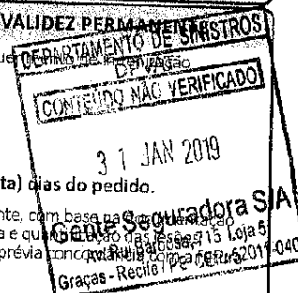
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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.

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



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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085203

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13890879





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085203

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 00533/00534 - carta_C4 - INVALIDEZ

00053267



Carta nº 13909446



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

RG: 2.188.110 SDS/PE

CPF: 300.380.494-49

Estado Civil: DIVORCIADO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: LOTEAMENTO SANTA N:718 Bairro: SANTANA

GRAVATA/PE CEP: 55645-808, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

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

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

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

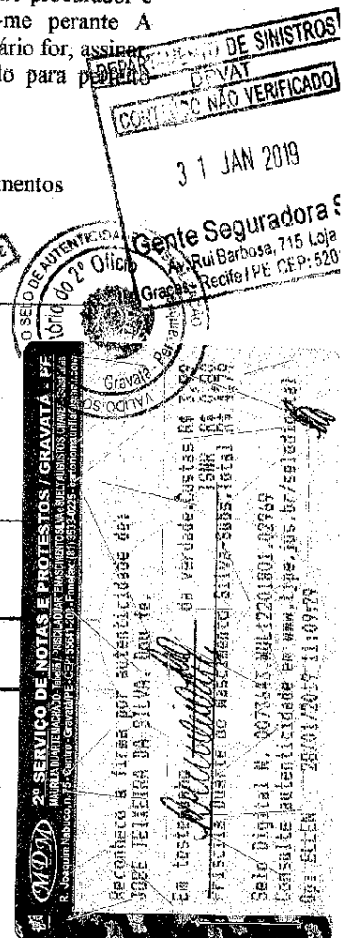
* *Jose Teixeira da Silva*
OUTORGANTE

A Rogo:

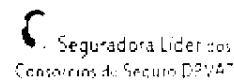
Testemunhas:

Gravata - PE 28/01/2019
Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355627/19

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 300.380.494-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

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: 11/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

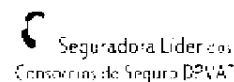
Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355627/19
Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 300.380.494-49
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

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: 11/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **4.339.162** DATA DE EMISSÃO: **01/09/2017**

<< GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

<< RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>

<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NOME: **RECIFE - PE** DATA DE NASCIMENTO: **05/01/1976**

<< 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-59

1017728001210122356.7551166

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83

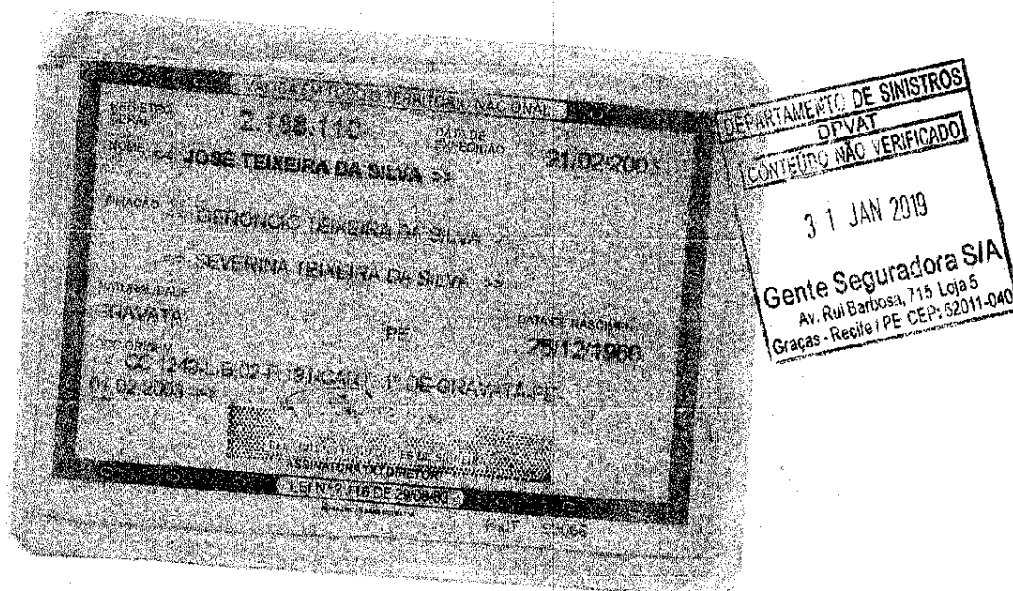
P-76 315.700 - 4623

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



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

Num. 64038313 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEIBSON SANTANA DO PRADO inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.388.494 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura ILICITIDADE da Vítima JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.388.494 / 49 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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA RIVALDO GALDAS</u>		Número <u>36</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-158</u>
Email <u>gleibson_40@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 99228-5037</u>

GRAVATÁ, 24 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Gleibson Santana do Prado
Assinatura do Declarante

DLDR.L.001 V001/2017



0350102/19



Secretaria de Saúde

José Teixeira de Silva

Laudo médico

Percentual para

se faturar cirurgia menor

em: 542,0 por unidade de

Trânsito.

Realização, trata-se de uma cirurgia

de rotina

030913

Dr. Alexandre Bezerra
Tribunal - Otorrinolaringologista
CRM 57047-03

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggé, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3568-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com





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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATÁ

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

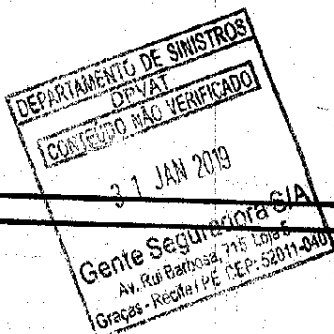
ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

*Tram no Orelha (D); Após
gates do novo
Rx - trinta a churra e Laca
do Orelha (D)*

EXAME FÍSICO

*CD: (D) Orelhas IPA 6/6/11/11
(2) Orelhas 4/4 IPA 6/6*



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Enferm Churra D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250, (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

② Voltagem 70 / 50 mm Hg

③ Pulso 70 - 1 + 100

Leona Hellen de Medeiros
COREN-PA 341.470-EM

09:15
Eu
Luf

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





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

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gênero	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V		CNES 2435802	Vítima Nº
	Data do atendimento 14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000099216	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 25/12/1960 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 57 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente			
	Hora do acidente			
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Outro fator relacionado ao acidente		Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Veículo de trabalho ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

31 JAN 2019
Carta Seguradora SIA
Av. Albuquerque 115 Loja 5
Gratias - Recife - PE
DEPARTAMENTO DE REGISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

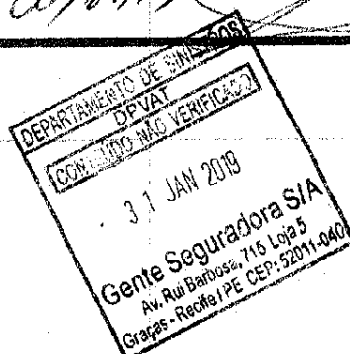
conf. original

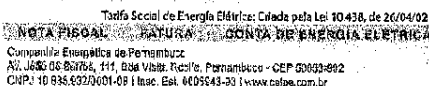


Secretaria de Saúde

Prezados Senhores,
Segue em anexo o
Laudo médico
de Paulo Roberto
de Sousa e Silva, nascido em
01/05/1970, portador de
Transtorno
depressivo e ansioso.
Atenciosamente,

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggio, 33 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SANTANA 718

SANTANA/GRAVATA
GRAVATA PE
55645-808

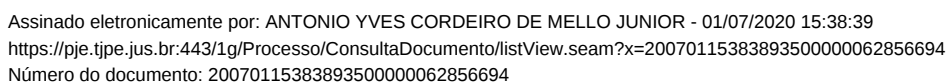
CONTRA CONTRATO	MESIANO
4002294910	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA ASSINATURA E LIMPURA
03/12/2018	27/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	57,1

DESCRIÇÃO DA COTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 Kw/h	50,000000	0,18308026	9,15
Consumo Ativo superior a 30 até 100 Kw/h	70,000000	0,31641014	22,15
Consumo Ativo superior a 100 até 220 Kw/h	39,300000	0,47915521	18,76
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,14
Multa por atraso-NF 028448881 - 27/03/18			0,53
Juros por atraso-NF 028448881 - 27/03/18			0,47
Anuidade IPTU-NF 328448881 - 27/03/18			0,70
TOTAL DA FATURA			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FÓRMULA									
Nº DO MÊS	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
		DATA DE FÓRMULA	LEITURA P. ANTERIOR	DATA DE FÓRMULA	LEITURA P. ATUAL				
NOV-18	134						1,0000		186,00
OUT-18	125								
SET-18	108								
AGO-18	97								
JUL-18	101								
JUN-18	109								
MAY-18	114								
ABR-18	110								
MAR-18	126								
FEV-18	105								

INFORMAÇÕES DE CÁLCULOS					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO MÓDULO					
IGMS	47,34	0,74	0,35	Derivados de Energia	PS	85	45,49
PIS				Taxa de Transmissão	PT	5,06	0,42
COFINS	47,36	3,14	1,63	Distribuição de Energia	PD	14,54	30,13
				Perdas de Energia	PE	4,51	9,88
				Energias Sotociais	ES	2,68	4,79
				Tributos	TR	1,98	4,15
				Total	SB	47,48	100,00

CONSUMO ANUAL 2018			TAXAS APLICADAS		
Consumo Anual Cliente a 220V 100% (MWH)	Consumo Anual Cliente a 220V 100% (MWH)	Consumo Anual Cliente a 220V 100% (MWH)			
0,3786245	0,3786245	0,3786245			
0,3021405	0,3021405	0,3021405			
0,4533595	0,4533595	0,4533595			





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

Bairro:

SANTANA

Cidade:

GOIATÁ

Estado:

PE

Número:

718

Complemento:

CEP:

55645-808

Tel. (DDD):

81 9922815094

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 POUPIANÇA (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: 0943

CONTA: 52382

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

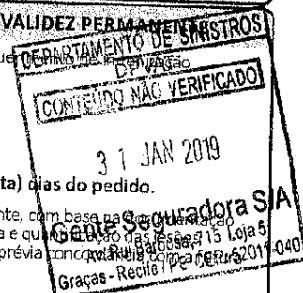
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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.

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



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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATÁ

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

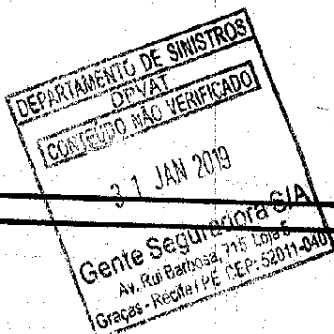
ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

*Tram no Ombro (D); Após
gates do novo
Rx - trator a churru e Laca
do Ombro (D)*

EXAME FÍSICO

*CD: (D) Ombro, IPA 6/6/11/11
(2) Ombro 4/4 IPA 6/6*



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Fratura da clavícula D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250, (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

② Voltado para o lado direito

③ Delirium of onset + neu

Leiva Hellen de Medeiros
COREN-PA 341.470-EM

09:15
Eu
Luf

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





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

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gênero	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V		CNES 2435802	Vítima Nº
	Data do atendimento 14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000099216	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 25/12/1960 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 57 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente			
	Hora do acidente			
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro	
	Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro		Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bota de segurança pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Outro fator relacionado ao acidente		Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Veículo de trabalho ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado		Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado	
	Transferência da vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Responsável pelo preenchimento	
Observações		Função		

31 JAN 2019
Carta Seguradora SIA
Av. Albuquerque 115 Loja 5
Gratias - Recife PE 52011-940

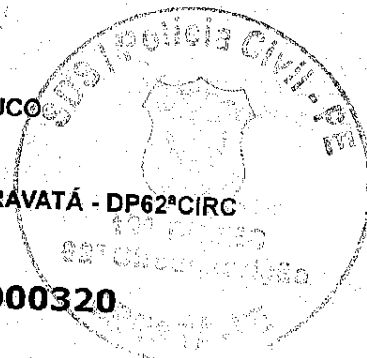
conf. original





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152000320**



501749
0036446/1

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/12/2018** no período da **Manhã**

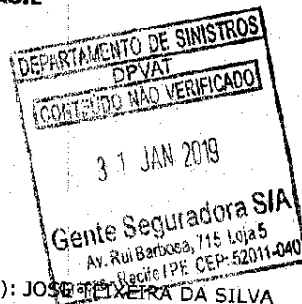
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO; VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSE TEIXEIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**



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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA**
Pai: **GERÔNIO TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1960** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 718, RUA ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO; VILA SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO PLACA PFE-9829 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE-9829 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **NXR150 BROS ES**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTO NA VIA LOCAL, PRÓXIMO À FÁBRICA DE GESSO, QUANDO UMA OUTRA MOTO COLIDIU COM A SUA, OCASIONANDO A QUEDA DA VÍTIMA QUE SOFREU A QUEBRA DE SUA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO



HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA APRESENTADA NESTA DELEGACIA.

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

Jose Teixeira da Silva
JOSE TEIXEIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Deise Barbosa Figueroa Faria*
DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA - Matrícula: 3875113





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

300380494-49

Nome completo da vítima:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

LOTEAMENTO SANTANA

Bairro:

SANTANA

Cidade:

GOIATÁ

Estado:

PE

Número:

Complemento:

CEP:

300.380.494-49

Tel. (DDD):

81 9922815094

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: 0943

CONTA: 52382

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

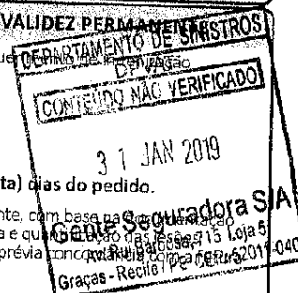
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 avaliação médica decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

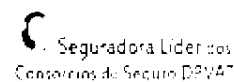
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036446/19
Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 300.380.494-49
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JOSE TEIXEIRA DA SILVA : 300.380.494-49

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: 31/01/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

RG: 2.188.110 SDS/PE

CPF: 300.380.494-49

Estado Civil: DIVORCIADO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: LOTEAMENTO SANTA N:718 Bairro: SANTANA

GRAVATA/PE CEP: 55645-808, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

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

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

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

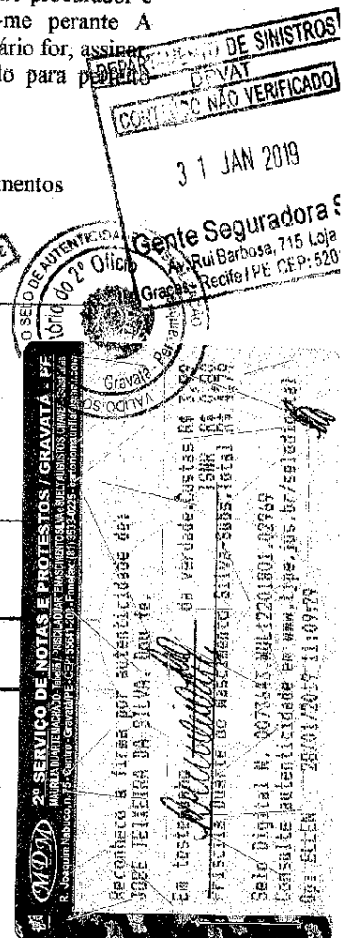
** Jose Teixeira da Silva*
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata - PE 28/01/2019
Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085203

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/12/2018

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Num. 64038313 - Pág. 32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085203

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/12/2018

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
300.380.494-49

Nome
JOSE TEIXEIRA DA SILVA

Nascimento
25/12/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

2.188.110

DATA DE EXPEDIENTE 21/02/2003

JOSE DA SILVA
JOSE TEIXEIRA DA SILVA

PRACADO DEFONCO TEIXEIRA DA SILVA

SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

INTERPRETE DA GRAFIA

GRAVATA PE DATA DE NASCIMENTO 25/12/1988

02/12/2003 12:02 PM 12/02/2003 12:02 PM

ASSINATURA DO DIRETOR NACIONAL

15/12/2003





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 4.339.162 DATA 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

PLANO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>

<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATUREZA RECIFE - PE DATA DE EMISSÃO 05/01/1976

CÓDIGO 074971 01 55 2008 3 00001 283

0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-59

1017728001210122366.7651166

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83

F-76 315.700 - 4623

DESEMPENHO DE SINISTROS

DPVAT

RECIBO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040





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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATÁ

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

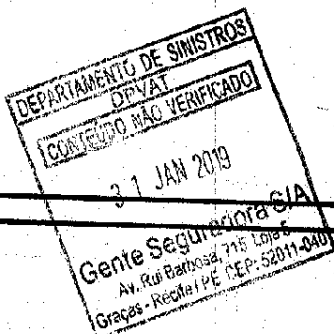
ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

*Tram no Orelha (D); Após
gates do novo
Rx - trinta a churra e Lave
do Orelha (D)*

EXAME FÍSICO

*CD: (D) Orelhas IPA 6/6/6/6/6/6
(2) Orelhas 4/4 IPA 6/6*



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Enferm Churra D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250, (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

② Voltado para o lado direito

③ Delirium of onset + neu

Leiva Hellen de Medeiros
COREN-PA 341.470-EM

09:15
Eu
Luf

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





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

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gênero	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V		CNES 2435802	Vítima Nº
	Data do atendimento 14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000099216	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 25/12/1960 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 57 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente			
	Hora do acidente			
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Outro fator relacionado ao acidente		Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Veículo de trabalho ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

31 JAN 2019
Carta Seguradora SIA
Av. Albuquerque 115 Loja 5
Gratias - Recife PE 52011-940

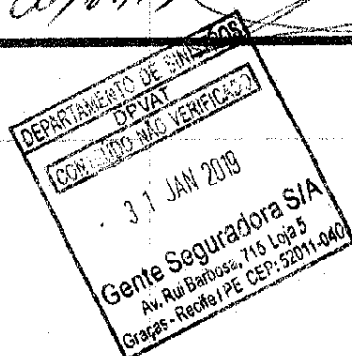
conf. original



Secretaria de Saúde

Prezados Senhores,
Segue em anexo o
Laudo médico
do Sr. Paulo Roberto
de Sousa Oliveira, 54 anos,
portador de
Diabetes Mellitus
tipo 2, em tratamento com
insulina.

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggio, 33 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEIBSON SANTANA DO PRADO inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.388.494 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura ILICITIDADE da Vítima JOSE TEIXEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.388.494 / 49 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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA RIVALDO GALDAS</u>		Número <u>36</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-158</u>
Email <u>gleibson_40@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 99228.5037</u>

GRAVATÁ, 24 de JANEIRO de 2019
Local e Data

gleibson Santana do Prado
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341020

PACIENTE: JOSE TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: SEVERINA TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1960

IDADE: 57

ENDEREÇO: ANTONIO GUILHERMINO DO NASCIMENTO

BAIRRO: LOT SANTANA

PONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATÁ

DATA: 14/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:10

CNS: 708201172334941

TELEFONE: (81) 9295-3066

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 718

UF: PE

CEP:

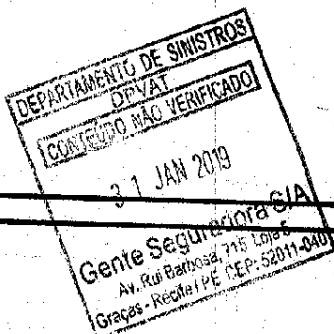
ACOMPANHANTE: JOSILENE (ESPOSA)

HDA

*Tram no Orelha (D); Após
gates do novo
Rx - trinta a churra e Lave
do Orelha (D)*

EXAME FÍSICO

*CD: (D) Orelhas IPA 6/6/11/11
(2) Orelhas 4/4 IPA 6/6*



conf com original
[Signature]

EXAMES SOLICITADOS

HD

Exame de Urina D.

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
BRENO MOURA
MÉDICO

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250, (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140 X 100
F.C.		F.R.			

② Voltada para o lado direito

③ Delirium of onset + neu

Leiva Hellen de Medeiros
COREN-PA 341.470-EM

09:15
EU
LUF

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☒

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





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

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gênero	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V		CNES 2435802	Vítima Nº
	Data do atendimento 14/12/2018 às 2000-01-01 08:10:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000099216	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome JOSE TEIXEIRA DA SILVA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 25/12/1960 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 57 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente			
	Hora do acidente			
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro	
	Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro		Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente		Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Táxi ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

31 JAN 2019
Carta Seguradora SIA
Av. Albuquerque 115 Loja 5
Gratias - Recife PE 52011-940

conf. original

