
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715651

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO SANTANA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715651

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO SANTANA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006385

Conta: 0000012559-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.925.494-50 4 - Nome completo da vítima: EDVALDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDVALDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 051.925.494-50
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA 03 DE MAIO 9 - Número: 184 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50741-020
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 995305579

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6385 CONTA: 12559 3
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

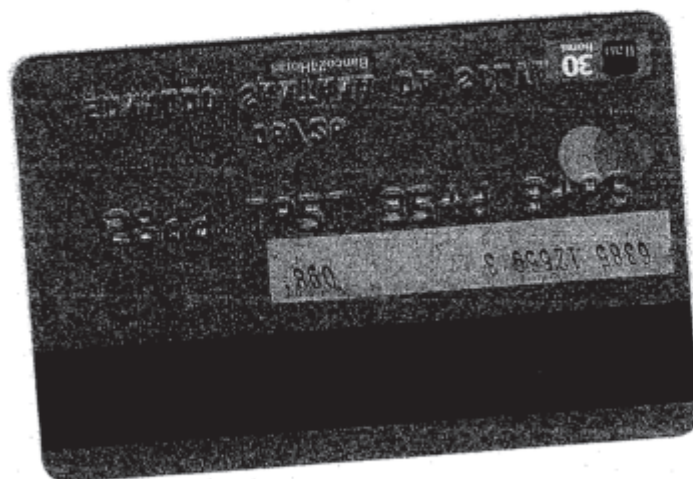
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 19 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





568406
0464914/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0104003777

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 08:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: RUA AMARO GOMES POROCA, 1 - Bairro: VÁRZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

LEODELSON BASTOS DOS SANTOS (OUTRO)

EDNALDO SANTANA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDNALDO SANTANA DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA Data de Nascimento: 22/2/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA TRES DE MAIO, 184 - CEP: 55000-000 - Bairro: VÁRZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

LEODELSON BASTOS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA MARIZ VILELA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LEODELSON BASTOS DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): EDNALDO SANTANA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

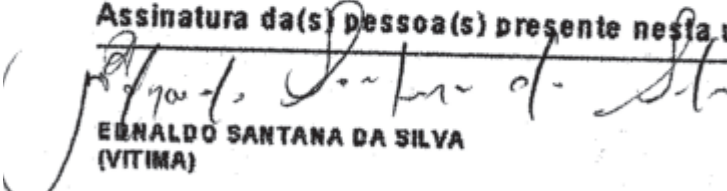
Placa: **PGQ4252** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

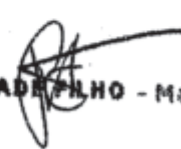
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

QUE VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO O OUTRO VEICULO, NAO IDENTIFICADO, ENTROU NA SUA FRENTE, SEM DÁ NENHUM SINAL, COLIDINDO NA VITIMA, QUE FOI SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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


ERIALDO SANTANA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  RINALDO ANDRADE FILHO - Matrícula: 381.166-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.925.494-50 4 - Nome completo da vítima: EDVALDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDVALDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 051.925.494-50
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA 03 DE MAIO 9 - Número: 184 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50741-020
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 995305579

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6385 CONTA: 12559 3 (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 19 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985409041

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PROPRIOS
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM NORMAL. NEGA TCE, DESMAIO E VOMITOS.
FRATURA DA CLAVICULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727



Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985409041

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

Conduta:

RX TORAX E OMBRO ESQ

RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO SANTANA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06385

CONTA: 000000012559-3

Autenticação:

BE9C1B84C9646CE6038BC29EF7E8D6D1A0B663EE101BB24E6E4FBA1431B7102C

DADOS DO CLIENTE

EDNILDO SANTANA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 03 DE MAIO 184 CS-B

CPF 051.921.484-50

CLASSIFICAÇÃO

VARZEARECIFE
RECIFE PE
50741-020

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

7020005810

06/2019

DATA DE VENCIMENTO

03/07/2019

03/07/2019

26/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

162,33

REBAIXAMENTO	SERIE	EMISSÃO
067564109	UNICA	26/06/2019
CONTRATANTE	Nº DO CLIENTE	Nº DA RESCALAÇÃO
26/06/2019	2011553986	8127640

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	183,0000000	0,741936 / kWh	135,77
Acrescimo Baixa AMARELA			0,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,94
ICMS Subvenção CDE-NF 05065920-26/04/18			2,38

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
316126210	CAT	26-05-2019	5 950,00	26-06-2019	6 133,00	21	130kWh		182,33

Mês/Ano	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Composição do Consumo	Valor	%
JUN 19 - 103	ICMS			Detração Estadual	R\$ 8,72	5,35%
JUN 19 - 204	PIS	136,41	25,00	Transmissão	R\$ 1,97	1,20%
AGO 19 - 385	COFINS	136,01	5,19	Distribuição (Eletas)	R\$ 1,97	1,20%
AGO 19 - 352		130,01	0,78	Perdas de Energia	R\$ 51,13	31,45%
FEV 19 - 303				Energia Solar	R\$ 2,29	1,41%
JUN 19 - 81				Tributos	R\$ 35,30	21,60%
DEZ 19 - 80				Total	R\$ 100,00	100%
NOV 19 - 92						
OUT 19 - 137						
SET 19 - 88						
AGO 19 - 102						
JUL 19 - 87						
JUN 19 - 66						

Pagamento em 10 dias de emissão da fatura: desconto de 10% no valor total da fatura. O desconto não se aplica a parcelas em atraso. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias para evitar o corte de energia. O corte de energia será realizado após 10 dias de atraso no pagamento. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias para evitar o corte de energia. O corte de energia será realizado após 10 dias de atraso no pagamento.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EXATAS DATAS, SENTENÇAS EXISTENTES CAUSANDO CORTES

Unidade	Valor	Unidade	Valor
Unidade	04/02/19	Unidade	04/02/19

Esta é uma estimativa do valor da fatura. O valor real da fatura será informado no momento da emissão. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias para evitar o corte de energia. O corte de energia será realizado após 10 dias de atraso no pagamento.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	CONSUMO	0,00
VALOR	0,00	0,00	0,00	0,00	VALOR	0,00
VALOR	0,00	0,00	0,00	0,00	VALOR	0,00

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7020005810 06/2019 03/07/2019 162,33

83850000001-6 62330011007-0 02000581010-2 14805473803.3





INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE

ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA

R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370

INSCRICAO: 340.419.440.0366.000 GRUPO:15 DEB.AUTOMATICO: 054871430

MATRICULA

54871430

Set/2019

SITUACAO AGUA

LIGADO

SITUACAO ESGOTO

POTENCIAL

RESIDENCIAL

1

QUALIDADE DE ESGOTO

COMERCIAL INDUSTRIAL

PUBLICA

HIDROMETRO

A175611159

DATA LEIT ANTERIOR

10/09/2019

DATA LEIT ATUAL

09/10/2019

TIPO DE CONSUMO (A/E)

REAL

AGUA:

LEIT ANT: 238

CONSUMO: 12

LEIT ATU: 250

LEIT FAT: 250

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	126	148	145
COR APARENTE	148	148	143
COLOR RESIDUAL	148	148	148
COLIF. TOTAIS	148	148	147
E. COLI	148	148	148

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÕES SANITARIAS DA AGUA

(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
Agua RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	10 M3 2 M3	44,08 10,10
DOACAO AO PRO-CRIANCA 09/2019		1,00

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS COMUNS	54,18	1,65	0,89
	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

MESSAGE:

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 Artur Volvencio da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064, 92 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmundo Santana de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.925.494-50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Edmundo Santana de Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.925.494-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Apuleu Vieira</u>	Número <u>113</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Vazão</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	CEP <u>50810-370</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(81) 995305578</u>

Recife 18 de Dezembro de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante



Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985409041

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PROPRIOS
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM NORMAL. NEGA TCE, DESMAIO E VOMITOS.
FRATURA DA CLAVICULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
Crm: 11727



Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-985409041

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Idade: Nascimento:
37a 7m 8d 22/02/1982

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

Conduta:

RX TORAX E OMBRO ESQ

RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985409041

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 22 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV

SENHA: 5754730

QP:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PRÓPRIOS EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15 NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM NORMAL. NEGA TCE, DESMAIO E VÔMITOS. FRATURA DA CLAVÍCULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ., em: 22/08/19 09:52

EVOLUÇÃO:

RX OMBRO ESQ E TORAX COM FRATURA DIAFISARIA CLAVICULAR ESQ COM ENCURTAMNTO DE 2-3 CM
CD> TRANSFERENCIA PARA TRATA CIRURGICO, em: 22/08/19 10:14

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Marcelo Vasconcelos
CRM: 11127

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-985409041

Idade: Nascimento:
37a 7m 8d 22/02/1982

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ, em: 22/08/19 09:52

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

RX TORAX E OMBRO ESQ, em: 22/08/19 09:52

UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Marcelo Correia
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: Contatos: / 81-985409041
MASCULINO -

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX OMBRO ESQ E TORAX COM FRATURA DIAFISARIA CLAVICULAR ESQ COM ENCURTAMNTO DE 2-3 CM
CD> TRANSFERENCIA PARA TRATA CIRURGICO

[Handwritten signature]
UPA24h
CAXANGÁ
Coord. Médica
CRM: 17864
RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864
ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-22 09:37:08

Nome Paciente:	EDNALDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:	476600
Data de Nascimento:	22/02/1982
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	OR0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1335057 
SAME:	

Período: 2019-08-22 09:37:08 - 2019-08-22 09:41:15

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA - .

Queixa Principal: REFERE DOR EM OMBRO E MSE PÓS TRAUMA HOJE (QUEDA DE MOTO) NEGA DESMAIO NEGA VOMITO

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Díscriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 6
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA - .	

Acolhido(a) por: ISAIAS DE SOUSA PEREIRA - COREN: 467363 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-01 08:04:00

Registro:656545 Prontuário:1183805 Data de Nascimento:22/02/82 Idade:37 ANO(S)

Nome do Paciente:**EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:EDILEUZA HELENA DE SANTANA

RG: 5897477

Data: 27/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirurgico de fratura da clavícula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0)

CÓDIGO: 040801017-7
040302007-7
040801011-8
040806067-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirurgico de fratura da clavícula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0) CÓDIGO:040801017-7
040302007-7
040801011-8
040806067-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ALVARO COSTA	19793
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:AJALMAR AMORIM	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DE CARVALHO GRECH. CRM: 27539. Data e Hora: 27/08/2019 15:55:59.



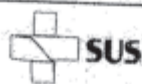
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDNALDO SANTANA DA SILVA**, prontuário nº **1183805**, admitido neste hospital em 23/08/2019 com diagnóstico de Fratura de clavícula esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 28/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CIPES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

37-QTDE

40-QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente de 37 anos com fratura da clavícula esquerda, após acidente de moto, sendo submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências.

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br

Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 656545 Prontuário: 1183805 Data de Nascimento: 22/02/82 Idade: 37 ANO(S)

Nome do Paciente: **EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA

RG: 5897477

Data: 27/08/2019



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: EDNALDO SANTANA DA SILVA
Nº Registro: 656545 Nº Protuário: 1183805 Sexo: Masculino Idade: 37 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: . Data: 23/09/19

SOLICITAÇÃO

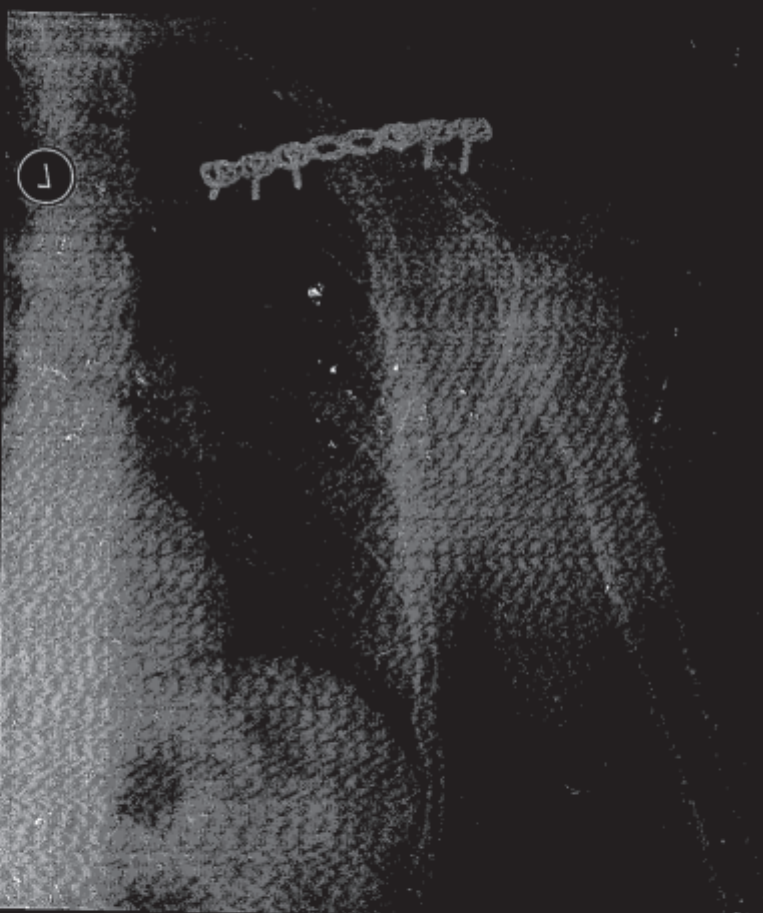
USG OMBRO (OMBRO ESQUERDO)

Dr. Álvaro Cecílio de Léo
Ortopedia Traumatologia
RUA F. 1512 / 1507 - 1512

??

1-13

1-13



Registro:656545 Prontuário:1183805 Data de Nascimento:22/02/82 Idade:37 ANO(S)
Nome do Paciente:**EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:EDILEUZA HELENA DE SANTANA
RG: 5897477

Data: 27/08/2019

BOLETIM OPERATRIO

Recife,27/08/2019 - 14:07

Diagnostico pr-operatrio: Fratura da clavcula esquerda

Diagnostico ps-operatrio: o mesmo

Cirurgia: Tratamento cirrgico de fratura da clavcula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0)

Cirurgio: Álvaro da Costa Lima

Anestesista: Bloqueio de plexo

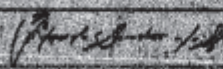
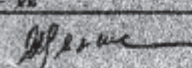
Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1) Paciente em decubito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2).Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirurgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavcula esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Neurolise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco de fratura. Realizado redução da fratura (com osteotomia para facilitar redução) e fixao com placa de reconstrução 3,5 e liberação de retração muscular.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Reviso da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipla

MEDICO:Dr. ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA
CRM:19793

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACÃO	
VALIDADE 10 ANOS 6 TERRITÓRIOS NACIONAIS 1217155199	NOME EDUARDO SANTANA DA SILVA
	
	DOC. IDENTIDADE / CNA EMISSOR/UF 5897477 SSP PE
	CPF 051.925.434-50
	DATA DE NASCIMENTO 22/02/1969
	PLACADO EDUARDO DA SILVA
	ENDEREÇO EDILEUSA HELENA DE SANTANA
	PERMISSÃO 1
	SOC. 1
	OUT. FCB 1
	N.º REGISTRO 007120002
	VALIDADE 17/02/2020
	HABILITACÃO 07/03/2003
OBSERVAÇÕES 	
ASSINATURA DO TITULAR 	
ASSINATURA DO DETRAN 	
LOCAL RECIFE - PE	
DATA DE EMISSÃO 20/11/2015	
N.º DE REGISTRO 15001416090	
N.º DE REGISTRO 17008992100	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101999478

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	500049403	*****	2019

LEODELSON EASTEROS DOS SANTOS

RECIFE-PE

020.462.934-95	PLACA	PGQ4252
----------------	-------	---------

9C23C6320DR000883	CHASSI
-------------------	--------

PA3 / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL
-------------------	-------------

HONDA / CE 100R	ANO FAB	ANO MOD
-----------------	---------	---------

CE / 999CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
------------	-----------	------------------

IPVA 2019 QUITADO	VENÇ. COTAS
-------------------	-------------

PAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS
-------------	----------------------

80.21	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
-------	--------------------	-------------------

AL. FID. BANCO J SAARA 32, REST IPVA	LEI 10849/92
--------------------------------------	--------------

RECIFE *Abdo dos Santos*

11/12/19	DATA
----------	------

EXERCÍCIO PRECISO

EXERCÍCIO PRECISO

EXERCÍCIO PRECISO

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

PE Nº 015101999478 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEODELSON EASTEROS DOS SANTOS

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

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

RECIFE-PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
-----------	-----------	--------------

1	020.462.934-95	PLACA
---	----------------	-------

500049403	RENAVAM	MARCA / MODELO
-----------	---------	----------------

2019	ANO FAB	ANO MOD
------	---------	---------

9C23C6320DR000883	CHASSI
-------------------	--------

36.05	FMS (R\$)
-------	-----------

4.15	CUSTO DO BILHETE (R\$)
------	------------------------

4.01	DETRAN (R\$)
------	--------------

0.22	IOF (R\$)
------	-----------

84.59	TOTAL SERVIÇOS (R\$) SEGURO DPVAT
-------	-----------------------------------

06/12/19	DATA DE QUITAÇÃO
----------	------------------

0	PARCELADO
---	-----------

36.05	FMS (R\$)
-------	-----------

4.15	CUSTO DO BILHETE (R\$)
------	------------------------

4.01	DETRAN (R\$)
------	--------------

0.22	IOF (R\$)
------	-----------

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. SE NÃO E-DS FORTE OBRIGATORIO.



DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,7,12,13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE ANATÔMICA MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464914/19

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

CPF: 051.925.494-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2019

Titular do CPF: EDNALDO SANTANA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA : 051.925.494-50

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: 20/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE EDNALDO SANTANA DA SILVA

Portador (a) do documento de identidade n. 5.897.477 expedido por SP-PE em
20 / 11 / 19 inscrito no CPF sob o n. 058.925.494-50, residente na
03 A6 MAIO n. 124
complemento CASA, Barrio VARZIA cidade RECIFE, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ
PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 22 / 08 / 2019

Recife 17 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZIA) - RECIFE - PE
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3491.2254

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
EDNALDO SANTANA DA SILVA
lançada em minha presença, dou fe.
Recife, 17 de dezembro de 2019, 11:59:09

Em testemunho Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)

Selo: 0076240.KUQ12201903.01602
Emol. R\$ 0,38 TBNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEC R\$ 0,08 PERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 1,90

www.tjpe.jus.br/segredigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464914/19

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

CPF: 051.925.494-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2019

Titular do CPF: EDNALDO SANTANA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA : 051.925.494-50

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: 20/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA