

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180176083

Vitima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180176083**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12683527



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180176083

Vitima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180176083**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Sinistro: 3180176083
Vítima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
Data do Acidente: 13/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180176083** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12938055

A/C: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180176083
Vítima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
Data do Acidente: 13/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000060677-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180176083**
Nome do(a) Examinado(a): **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ARMANDO RABELO nº 60 - VILA CHA DE SAPE RURAL - ITAQUITINGA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 53378180050 - SSP**
Data e local do acidente: **13/02/2018 GOIANA/PE**
Data e local do exame: **28/05/2018 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/02/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO 8 EM FAIXA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E, 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA GRAU I.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

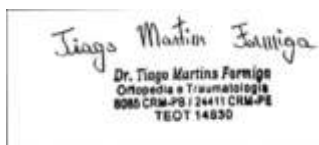
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
RUA CHA-PS 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0223 204 ou 0800 0221210) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CNPJ da Vítima:

087-005.544 - 56

Nome completo da vítima:

Valter José Galdino dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Valter José Galdino dos Santos	087-005.544 - 56	—
Endereço	Número	Complemento
Rua Armando Rabelo	60	
Bairro	Cidade	Estado
Vila Chá de Sape	Itaquitinga	PE
E-mail	CPF	Telefone (DDD)
arborheria.galdino@gmail	55950 - 00	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para as bancas abaixo. Marque uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CATIA ECONOMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA	CONTA	SAV
0974	60677	5

(Informe dígito se existir) (Informe dígito se existir) (Informe dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BANCO	Nome
AGÊNCIA	CONTA
0974	60677

(Informe dígito se existir) (Informe dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaquitinga 05 de Abril de 2018

Lugar e Data

Valter José Galdino dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

WUANA SEGUROS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18 ABR 2018



SENA SEGUROS

18 ABR 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134000746**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/03/2018** às
10:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **13/2/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA USINA SANTA TEREZA, 01** - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RENATO CAETANO DE SENA (AUTOR / AGENTE)
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS (VITIMA)

ARJANA SEGUROS

18 ABR 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): RENATO CAETANO DE SENA

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

VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: AURICELIA GALDINO DOS SANTOS Pai: INALDO JOSE DOS SANTOS
Data de Nascimento: 13/3/1999 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 8227217/SDS/PE (RG), 08760654456 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO DE INFORMATICA
Endereço Residencial: RUA ARMANDO DA CUNHA RABELO, 60, BAIRRO CHÃ DE SAPÉ -
CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

RENATO CAETANO DE SENA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ELIANICE CAETANO RIBEIRO Pai: MANOEL BALBINO DE SENA Data de Nascimento:
27/10/1981 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6901929/SDS/PE (RG) Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
- 982252223

Endereço Residencial: RUA TEOFILO DO REGO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE -
ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO CAETANO DE SENA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO CAETANO DE SENA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFB4037** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **390546321** Chassi: **9C2KD0850CR509201**Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE NA DATA RETRO, ESTAVA COMO PASSAGEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, JUNTO COM UM AMIGO SEU DE NOME WILLAMES E QUE, DESLOCANDO-SE DA CIDADE DE ITAQUITINGA EM DIREÇÃO A ESTA CIDADE E COMARCA, ENTRE CHÃ DE SAPÉ E A USINA SANTA TEREZA, A MOTO DERRAPOU NA ESTRADA VICINAL, OCASIONANDO DESLOCAMENTO/LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, CONFORME PRONTUÁRIO ANEXO. DIANTE DO EXPOSTO, SEM MAIS A ACRESCENTAR

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

X *Valter José Galdino dos Santos*
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA** - Matrícula: **273882**

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 4221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Valler José Galdino dos Santos 087.005.544-56 13.02.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou:

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha situação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itaquitinga 05 de Abril de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Valler José Galdino dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET002623	Data e Hora de Atendimento: 13/02/2018 23:11	Prontuário Local: Prontuário Integrado:	Local de Entrada: Emergencia Traumatologica
-----------------------------------	--	---	---

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS	Registro SUS: 705200491167478		
Nascimento: 18/03/1999 Idade: 18	Sexo: Masculino	Cor: Parda	
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE INFORMATICA	Naturalidade: ITAQUITINGA	Nacionalidade: BR
Documento de Identidade:	Filiação: INALDO JOSE DOS SANTOS EURICELIA GALDINO DOS SANTOS		
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AMANDO RABELO 60	Complemento:		
Bairro: ITAQUITINGA	Cidade: ITAQUITINGA	UF: PE	Telefone: 92292884
Acompanhante: AURICELIA/MAE	Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	- Act. Moto (Queda, Colisão)	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Algo de urgência

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc:
(x) Outras queixas: *Queda de moto (paralela)*

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

*Doença crônica (SA) após queda de moto há 10 dias
doente por dor no abdômen e náusea e após queda de moto
há 10 dias há náusea.*

Exame Físico: Peso: kg

*TA 12.5 - FC 100 - PA 120/80 - Sinais vitais dentro da normalidade
ausculta de abdômen SA. Há endurecimento lateral do abdômen
com dor a palpação de uma das partes.*

Hipótese diagnóstica / conduta

*Hipótese: Pancreatite
conduta*

Código de Atendimento:

CID 10:

*Amberlândia, 13 de fevereiro de 2018
Imóvil. Ortópedico
Tratada: 247.269.0*

*Amberlândia, 13 de fevereiro de 2018
247.150
Tratado: 247.269.0*

Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Médico - CRM

Hospital:

Senha:

Cadastramento : 13/02/2018 23:11:26 CARMINHA

Impressão : 13/02/2018 23:10:30 CARMINHA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000060677-5

Nr. da Autenticação BBD34D51488F3CCB

Atendimento não solucionados
Ouvidoria BB
0800 729 0722
Contratos e serviços

Atendimento não solucionados
Ouvidoria BB
0800 729 0722
Contratos e serviços

Assinatura, Su
de 7 anos. E
produtos que
não excederem

de Lei 10.438, de 26/04/03
2000-862
2000-862

DADOS DO CLIENTE
AURICELIA GALDINO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARMANDO RABELO 60

CPF 781.343.234-72
CLASSIFICAÇÃO

VILA CHA DE SAPE/CHA DE SAPE RURAL
ITAQUITINGA PE
55950-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
4001158614 02/2018
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISÃO PRÓXIMA LETURA
07/03/2018 28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 197,34

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
007385318	UNICA	27/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/02/2018	2001664947	1503931

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	296,0000000	0,68674564	197,26
Contribuição Iluminação Pública			4,46
ICMS Subvenção-CDE-Nº 003671011-26/12/17			1,62

TOTAL DA FATURA

197,34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
3088813	CAT	26/02/2018	26 230,00	27/03/2018	26 516,00	29	286,00

MÊS/ANO kWh		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
FEV 18	286	ICMS	191,26 25,00 47,81
JAN 18	305	IPIS	191,26 0,57 1,09
DEZ 17	272	COFINS	191,26 2,60 4,97
NOV 17	274		
OUT 17	266		
SET 17	273		
AGO 17	290		
JUL 17	258		
JUN 17	281		
MAY 17	267		
ABR 17	280		
MAR 17	321		
FEV 17	265		

Na data de leitura o medidor em vigor é o de 7 dígitos. Mais informações em: www.bb.com.br. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso para multa 2% (Art. 14, Lei 10.438/03) e atualização monetária no preço. Não o Cliente é compensado quando há descompensação do preço definido para os padrões de atendimento comercial. Consulte o regulamento de energia, disponível em: www.bb.com.br. Ministério de Saúde - Governo Federal.

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

CONDIÇÃO	VALOR APROXIMADO	LIMITE MINIMAL	LIMITE TENSÃO	LIMITE MAXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
ONTO	1,27	5,87	11,24	22,84	220	202 231
FOO	2,00	3,28	8,72	13,48		
ONTO	1,20	3,28	0,00	0,00		

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
4001158614 03/2018 07/03/2018 197,34
83800000001-7 97340011004-3 00115861410-9 11349150273-5



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valter Jose Galdino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.005.544 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da vítima Valter Jose Galdino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.005.544 / 56 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 Duque de Caxias</u>		Número <u>170</u>	Complemento <u>D</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Goiana</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55900-000</u>
Email <u>araruaia.goiana@gmail</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)

Goiana 05 de abril de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO CAETANO DE SENA,
RG nº 6901929, data de expedição 16/08/16,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 058.924.084-03, com
domicílio na cidade de ITAQUITINGA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ARMANDO BARRO, nº 60,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS cujo o condutor era
RENATO CAETANO DE SENA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR 150 ZROS ES
Ano: 2012
Placa: PFB 4037
Chassi: 9C2K0550CR509201
Data do Acidente: 13.02.2018
Local e Data: Itaquitinga 09/03/18

Renato Caetano de SENA
Assinatura do Declarante



SERVENTIA REGISTRAL DE ITAQUITINGA - PE
Titular: PLÁVIO RENEQUE SILVA SOLEZON
Telefone: (81) 03508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de RENATO CAETANO DE SENA. Dou fé Itaquitinga-PE 09/03/2018. Em testemunho da verdade, o Tabelião
>>> Emolumento R\$ 3,59 TSNR 0,80 VENC 0,40 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.MDA01201802.04274 09/03/2018 09:14:30
Consulta autenticidade em www.tise.tua.br/selodigital

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

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET002623 Data e Hora de Atendimento: 13/02/2018 23:11 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS Registro SUS: 705200491167478
Nascimento: 18/03/1999 Idade: 18 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: TEC DE INFORMATICA Naturalidade: ITAQUITINGA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: INALDO JOSE DOS SANTOS
Filiação: EURICELIA GALDINO DOS SANTOS
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AMANDO RABELO 60 Complemento:
Bairro: ITAQUITINGA Cidade: ITAQUITINGA UF: PE Telefone: 92292884
Acompanhante: AURICELIA/MAE
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

AValiação DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

() Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor. Local
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc.
X Outras queixas: Queda de moto (parangá)

Encaminhamentos

() Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgião
() Ortopedista X
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

() Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar mg/dl

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Ass. Enfermagem

AValiação MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Dor em ombro ESq. após queda de moto hoje.
Paciente relata dor em ombro ESq. após queda de moto, dor
vulgar, limitação de movimento.

Exame Físico: Peso: kg

Boa ex. Afbos vulgar dor em ombro esquerdo, limitação de movimento
em ombro de ombro ESq. R. movimento de ombro de ombro
com dor. Indica de ombro de ombro.

Hipótese diagnóstica / conduta

DO: Pat. clavícula
DO: Ombro

Código de Atendimento:

CID 10:

S42.0

Valter José Galvão dos Santos
F. 1005.00000000
M. 2022.00000000

Tratado
Atestado

Dr. Bruno F. Pinheiro
11/02/2018
Rm 10033-PB

Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Médico - CRM

Hospital:

Senha:

Cadastramento : 13/02/2018 23:11:26 CARMINHA

Impressão : 13/02/2018 23:10:30 CARMINHA

Emergencia Traumática

Documento de Identidade	Profissão: TEC DE INFORMATICA	Naturalidade: ITAQUETINGA	Nacionalidade: BR
-------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------

Bairro : ITAQUITINGA
Cidade: ITAQUITINGA
UF: PE
Complemento:

MEIO DE TRANSPORTE: CARRO

Quelixa principal: Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse ()

() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão

() Dor Local

() Queixa urinária
 () Sangramento

() Serviço Social

Outras queixas: Queda da audição

anteriormente Mortidos / Medicamentos

() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C.

() Uso de medicamentos:

Finals Vitals

APR 1 1964

() *Glicemia Capilar* _____ mg/dl

ALIAÇÃO MÉDICA

Don't know

[Faint handwritten notes at the bottom of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

Nombre Físico: _____ Peso: _____ kg

Das ist die gleiche Aussage, die wir auch schon bei der Ableitung der ersten Ableitung gemacht haben.

1. What is the purpose of the study?

Dr. Karl L. Lanning

1970-1971

[Faint handwritten notes at the bottom of the page, possibly bleed-through from the reverse side.]

Numero do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local: Prontuário Integrado:	Local de Entrada:
2018/ET002823	13/02/2018 23:11		Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:		Registro SUS:	
181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS		705200491167478	
Nascimento: 18/03/1999	Idade: 18	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE INFORMATICA	Naturalidade: ITAQUITINGA	Nacionalidade: BR
Documento de Identidade:	INALDO JOSE DOS SANTOS		
Filiação:	EURICÉLIA GALDINO DOS SANTOS		
Endereço (Av., Rua, etc.):	RUA AMANDO RABELO 60	Complemento:	
Bairro: ITAQUITINGA	Cidade: ITAQUITINGA	UF: PE	Telefone: 92292884
Acompanhante:	AURICELIA/MAE		
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	- Ac. Moto (Queda, Colisão)	Acidente de Trabalho:	Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

() Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Frequência () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local _____
() Queixa urinária _____
() Sangramento. Loc: _____
(X) Outras queixas: Queixa de inchaço

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

() Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C
() Outros: _____
() Uso de medicamentos: _____

Sinais Vitais

P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Declaro que sou o Sr. APRILIANO DE LIMA SOUZA
 residente e domiciliado em rua do Padre F. ap. 1º andar bloco
19000 bairro de Igarassu

Exame Fisico: Peso: kg

[illegible]

Hipótese diagnóstica e conduta

To: Pat. Karyala
Dated: 01/01/05

Código de Ataque: 0000

CID 10:

1120

1960-1961
 1962-1963
 1964-1965
 1966-1967
 1968-1969
 1970-1971
 1972-1973
 1974-1975
 1976-1977
 1978-1979
 1980-1981
 1982-1983
 1984-1985
 1986-1987
 1988-1989
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 2524-2525
 2526-2527
 2528-2529
 2530-2531
 2532-2533
 2534-2535
 2536-2537
 2538-2539
 2540-2541
 2542-2543
 254

Encaminhamentos

() Clínica Geral
() Pediatra
() Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Classification

16 MAI 2018

Enrollment Observation
Date 27-10-09

Ass. Enfermeiros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PE

VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
53378180050 MTE PE

CPF 087.005.544-56 DATA NASCIMENTO 18/03/1999

FILIAÇÃO
INALDO JOSE DOS SANTOS
AURICELIA GALDINO DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. 32

PERMISSÃO

Nº REGISTRO 66943335609 VALIDADE 30/10/2017 1ª HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487444393

OBSERVAÇÕES



VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487444393

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

30/10/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

02898636014
PK078887976

PERNAMBUCO

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012711662758
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD RENAVAM 390546321 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
RENATO CAETANO DE SENA

ITAQUITINGA-PE

CPF / CNPJ
030.934.084-03

PLACA
PTB4037

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD0550CR509201

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS E3

ANO FAB.

2011

ANO REG.

2012

CAP / POT / cil

29/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1ª *****

IPVA 2016 QUITADO

Faixa IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

1

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DEPOSITO DE FORTA OBRIGATORIO

PARA TRANSFERENCIA

ITAQUITINGA-PE

DATA 26/04/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012711662758 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RENATO CAETANO DE SENA

TV ARMANDO RABELO 68

55950-000

CASA CENTRO ITAQUITINGA-PE

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2016

DATA EMISSÃO
26/04/16

VIA

CPF / CNPJ

1

030.934.084-03

PLACA

PTB4037

RENAVAM

390546321

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS E3

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0550CR509201

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.809/0001-04

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2016



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Walter Jose Galdino dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 13.02.18 CPF DA VÍTIMA 087.005.544-56
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rua Guilherme Mingabeira de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Walter Jose Galdino dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 Nº 170 COMPLEMENTO 0 BAIRRO Centro
 CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL aruarua.goiana@gmail TELEFONE (81) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

8.317.118

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Walter J. Galdino

Para a Seguradora DPVAT.

Bom dia, venho através dessa reclamação mostrar o descaso que vem acontecendo com o meu processo. Enviei toda minha documentação no dia 05 de abril de 2018 para a seguradora líder DPVAT, analisaram o meu caso e geraram uma pendencia no meu processo, quando procurei saber de que se tratava eles informaram que era necessária outra documentação medica para comprovar minha lesão, informei a eles que o necessário que era o prontuário medico e todos os documentos médicos já tinham sido enviado para eles, mesmo assim tentei ver com o meu médico se poderia entregar essa documentação medica para enviar e o médico prontamente me negou o pedido dizendo que tudo que estava descrito da minha lesão já estava no prontuário que tinha enviado. Novamente liguei para a seguradora e informaram que meu processo ia se encerrar por não conseguir esse documento, gostaria que vocês analisassem novamente meus documentos e verifiquem que a lesão que e a fratura de clavícula está bem clara na documentação, passei todo meu tratamento médico que já se encerrou e ainda não tive minha perícia marcada pela seguradora. Peço que se necessário venham aqui na minha casa ou marquem uma perícia para verificar minhas informações. Agradeço a atenção

Itaquitinga-PE, 11/05/2018

Valter Jose Galdino dos Santos – 3180/176083

Valter Jos Galdino dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Valter Jose Galdino dos Santos
 Identidade: 53378180050 CPF: 084.005.544-56 Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Tecnico Informatica End: Rua Armando Rabelo,
160, Vila Chá de papel, Itaquitanga

Outorgado: Luci Guilherme Mangabeira de Carvalho
 Identidade: 8.314.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado
 Profissão: Aux. Administrativo End: Rua Duque de Caxias,
104, O, emtur, Giana-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para
 resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como
 vítima Valter Jose Galdino dos Santos
 Identidade: 53378180050 CPF: 084.005.544-56

Itaquitanga 09 de Março de 2018

Cartório de Notas e Registros
 de Itaquitanga - PE

* Valter Jose Galdino dos Santos

SEGUROS
 18 ABR 2018

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITANGA
 Titular: FLAVIO HENRIQUE SILVA PEREIRA
 Telefone: (81) 33508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de VALTER JOSE
 GALDINO DOS SANTOS. Dou fe Itaquitanga-PE 09/03/2018.
 Em testemunho da verdade, o
 >>> Emolumento R\$ 3,59 Tassa 0,50
 R\$ 4,09 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.VR201201802.04272 09/03/2018 09:13:42
 Consulte autenticidade em www.tide Jus.br/selodigital

CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS DE
 Av. Antônio Carlos de Almeida, 421
 Centro - CEP: 55.950-000
 Tel.: (81) 33508-0022
 ITAQUITANGA - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180176083 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/02/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO 8 EM FAIXA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E, 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA GRAU I.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: