
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259566

Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BORGES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259566

Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BORGES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Procuração	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois a entregue não possui poderes específicos para o Seguro DPVAT e/ou está com os dados incorretos/incompletos. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.
-------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259566

Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE BORGES DOS SANTOS

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 142.282.034-34 Nome completo da vítima: Jose Borges dos Santos

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

Nome completo: Jose Borges dos Santos CPF: 142.282.034-34
Profissão: operário Endereço: Rua Maranhão Número: 23 Complemento: _____
Bairro: Prateris Cidade: Salvador dos Rios Estado: PE CEP: 54.540-557
E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel.(DDD): (81) 99543-4554

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3015 CONTA: 40551 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data, Recife, 19/07/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES -
DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109004735

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/07/2019 às
08:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 4/7/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAJUEIRO SECO, 01 - Bairro: CAJUEIRO SECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **RETORNO EM FRENTE A ANTIGA FABRICA DA SAO JOSE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MUNICÍPIO DE JABOATÃO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE BORGES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE BORGES DOS SANTOS

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

JOSE BORGES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANGELITA MARCIONILA DA CONCEICAO Pai: **MANOEL BORGES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/4/1959** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 23, RUA NARANATA - SOTAVE - CEP: 88888-888 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

O MUNICÍPIO DE JABOATÃO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **JOSE BORGES DOS**

SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BORGES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CH 500 F ABS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDP2610** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE ENCONTRAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CH 500, QUANDO NA ALTURA DO TERMINAL DE ONIBUS DE CAJUEIRO SECO, RETORNO DA VIA QUE FICA NAS IMEDIAÇÕES DA ANTIGA FÁBRICA SÃO JOSÉ, ACABOU CAINDO NUM BURACO DA PISTA, VINDO COM ISSO A SE DESEQUILIBRAR COM A SUA MOTOCICLETA E CAIR EM SEGUIDA, FRATURANDO O SEU BRAÇO DIREITO E CORTES NOS BRAÇOS E NA PERNA DIREITA.

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

JOSE BORGES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO NOLASCO BUARQUE DE GUSMAO** - Matrícula: **101599-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 112.282.034-34 Nome completo da vítima: Jose Borges dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose Borges dos Santos CPF: 112.282.034-34
Profissão: operário Endereço: Rua Maranhão Número: 23 Complemento: _____
Bairro: Prózio Cidade: Taboão dos Guararapes Estado: SP CEP: 54.540-557
E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel. (DDD): (11) 99543-4554

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3015 CONTA: 40551 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Recife, 19/10/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Borges dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: ESTRADA DA BATALHA - NUM. - 04232 - PRAZERES JA
BOATÃO DOS GUARARAPES PE 5433 010

DADOS DO CLIENTE
IVANIZE MOREIRA DA SILVA MATRÍCULA: 56006/53 Abr/2019
R MARANATA, N. 00023 - - PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54.40-557
INSCRIÇÃO: 341.765.400.0822.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 056006753

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E) N MEDIDO

ÁGUA:
LEIT ANT: CONSUMO: 10
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2019 10
02/2019 10
01/2019 10
12/2018 10
11/2018 10
10/2018 10
MÉDIA: 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	125	125	125
COR APARENTE	125	125	109
CLORO RESIDUAL	125	125	125
COLIF. TOTAIS	125	125	125
E. COLI	125	125	125

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PORCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PS	41,30	1,65	0,68
COPRO	41,30	7,60	3,14

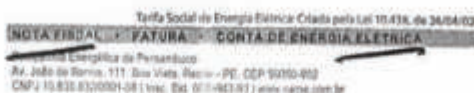
VENCIMENTO: 20/05/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

IMPRESSÃO EM 11/04/2019 10:00

400 CLIENTE



AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

SPRACHENFACH	BERUF	LAND
07001347	ONCA	2309.1.18
APRESENTAÇÃO	PROCURADOR	REPRESENTAÇÃO
23092018	2018036230	1847218

DATA CONTRATO	MESE ANO
7025325826	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$	215,30

Consumo Ativo (WWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Fun. Pública Municipal
ICMS Subvenção COE NF 070922826-34/1719

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
219,000000	0,77652320	169,837256
		11,1
		37,1
		1

214 90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3818.8019	cat	21-06-2019	9 36030	21-06-2019	9 10430	30	1.00000		271,30

[illegible]

Região de fronteira, parte do estado de Goiás, do distrito de Morrãoes (192), o comércio é baseado no comércio de produtos agrícolas e de animais. A feira de Morrãoes é realizada no dia 14 de maio de cada ano. A feira de Morrãoes é realizada no dia 14 de maio de cada ano. A feira de Morrãoes é realizada no dia 14 de maio de cada ano.

[illegible]

CONTA CONTRATO	ASSINADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
			215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2019 19:53



Nome Paciente: JOSE BORGES DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/04/1955
Sexo: Masculino
Idade: 64
Senha: 0048
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 04/07/2019 19:56 - 04/07/2019 19:59

FABIOLA MARIA PEREIRA ALEXANDRE - COREN: 374214 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPB DO IBURA COM A SENHA 57200046. HD: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

Observação: PACIENTE COM DOR EM OMBRO D APOS QUEDA DA PROPRIA ALTURA. NEGA ALERGIAS. E HIPERTENSO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RAIO-X

	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE
04/07/19	OMBRO D	01

Acolhido(a) por: FABIOLA MARIA PEREIRA ALEXANDRE - COREN: 374214 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)


Data Impressão: 04/07/2019 19:59

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/08/2018 16:28

	Nome Paciente:	JOSE BORGES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	11/04/1955
	Sexo:	Masculino
	Idade:	63
	Senha:	0046
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 14/08/2018 16:30 - 14/08/2018 16:33

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCT PROVENIENTE DA UPA DE BARRA DE JANGADA. SENHA: 5490742. COM RELATO DE DOR EM MSD. APOS QUEDA DA PROPRIA ALTURA. HA + OU - 8 HORAS. (SIC).

Observação: HAS (+)
NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 140.00 MMHG

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/08/2018 16:33



Nome: JOSE BORGES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 11/04/55 - 64 ano (s)

Mãe: ANGELITA MARCIONILA DA CONCEIÇÃO

Endereço: R. MARANATA, nº 23, JARDIM JORDÃO. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 04/07/2019 - 14:49

Nº registro: 239829

Sexo: Masculino

Fone: 81985342334

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

QUEDA DE MOTO (PACIENTE ESTAVA GUIANDO A MOTO). TRAZIDO PELO CB DEVIDAMENTE IMOBILIZADO. NEGA TCE

QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIR. AO EXAME: GLASGOW 15, EUPNEICO, SEM SINAIS FOCAIS

-BACIA FECHADA E ESTAVEL.-SEM DOR NO EIXO; FRANKEL E.-DEFORMIDADE ARTICULAR NO OMBRO

R
LUXACAO GU DIR

PACIENTE NAO COLABORA COM MANOBRAS DE REDUCAO

CD: TRANSFIRO PARA REDUCAO SOB SEDACAO

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °

HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

CONDUTA:

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Dom Helder Câmara

Motivo: Internamento

Senha: 5720046

ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

Dr. Leonardo Silva
C:topedia/Traumatologia
CRM:PE 22.513

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 04/07/2019 15:52:23.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: José Borges dos Santos

IDADE: 63 anos

SEXO:

CIDADE:

BAIRRO:

UF:

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de queda propriamente sobre o joelho há 7 horas com dor em local (ver foto).

EXAME FÍSICO:

HGT:

F.C:

P.A:

X

Sinal de dor ao (ver foto)

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: Luxação grau I - anteroposterior
Não consigo realizar redução

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

HD1: Luxação grau I (ver foto).

HD2:

CONDUTA TERAPÊUTICA:

Tipo II - Anterior.

JUSTIFICATIVA:

HOSPITAL DE DESTINO:

HDA - Traumatologia.

MÉDICO SOLICITANTE DA SENHA:

Dr. José Borges dos Santos
Oncologista
CRM - RJ 21853

SENHA: 5490742

DATA: 24/08/78

HORA:

Autônomo ir por meios próprios.

Atendimento: 451350

Senha da Classificação:

Data e Hora: 14/08/2018 16:40

0046

Paciente: 268 JOSE BORGES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 11/04/1955 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: ANGELITA MARCIONILA DA CONCEICAC Nome do Pai: MANOEL BORGES DOS SANTOS
Estado Civil: Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: LAGOA DO NAUTICO -- 23 Bairro: PRAZERES
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): 1215171 SDS Data de Emissão: 21/10/2008
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 14228203434 Fone: 86592812
Cartão SUS: Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Dores no tornozelo da perna esquerda
e na perna direita*

Exame Físico

*Boa em ambas D
OTC 1000 tok
Tornozelo
Chama-se*

Diagnóstico

Lesão de ombro D

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

*① Imobilizar Homoj
② Alh*

Dr. *[Assinatura]*
Ortopedia
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
ARTESANATO NACIONAL DE HABILITACAO

PE

NOME
JOSE BORGES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
1215171 SSP PE

CPF
142.282.034-34

DATA NASCIMENTO
11/04/1955

FILIAÇÃO
MANOEL BORGES DOS SANTOS
ANGELITA MARCIONILA DA CONCEICAO

PERMISSAO
00000000000000000000000000000000

ACC.
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
2

VALIDADE
10/02/2023

1ª HABILITACAO
08/09/1997

1683130561

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

OBSERVAÇÕES

A

Jose Borges dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
11/09/2018

15500884512
PR087811677

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO
JABOATÃO

RUA AMARCO LINS DE ANDRADE, 380 - PIM 300
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200
TEL.: (081) 3481-0992

Cópia autêntica conforme o original apresentado.
23/07/2019 11:06:28. Em test. da
verdade. DAYANE EVANI DE O. MARQUES
Escrivente Autorizada. Emol. R\$ 3,00, TSNR R\$
0,68, FERC R\$ 0,34, ISS R\$ 0,07, FERM R\$
0,03, FUNSEG R\$ 0,07 Total R\$ 4,19.
Selo: 0150696.BCQ07201902.01863

Dayane



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259566 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

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 FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,3-5(BAM) VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTROS ANTERIORES: ADMINISTRATIVO - 2012008513 (08/09/2011) EM NÍVEL MODERADO PARA O OMBRO DIREITO (AMD EM 19/01/2012); E JUDICIAL - 2012655719 (08/09/2011) EM NÍVEL INTENSO PARA O OMBRO DIREITO (MAIS PÉ DIREITO EM 75%, TOTALIZANDO PAGAMENTO JUDICIAL NO VALOR DE R\$ 5.906,25). SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204118/20

Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS

CPF: 142.282.034-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/07/2019

Titular do CPF: JOSE BORGES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JOSE BORGES DOS SANTOS : 142.282.034-34

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: 22/07/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ BORGES DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG nº 1215171 SSP-PE, inscrito no CPF sob o nº 142.282.034-34, residente e domiciliado à Rua Maranhá, nº 23, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP: 54540-557.

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 30 de setembro de 2019


JOSÉ BORGES DOS SANTOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: José Borges dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 12.15.171 SSP-PE
CPF: 142.282.034-34
Profissão: desempregado
Endereço: Rua Martinata, N° 23, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP: 54540-557
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: Renato César M. Cavalcanti
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 6162609 SSP-PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: advogado
Endereço: Av. Humberto V. de Melo, n° 1551, Sala 01, Térreo, Piedade - Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP: 54410-010
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima 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 seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: José Borges dos Santos

Recife, 31/07/2020

Local e data

José Borges dos Santos

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204118/20

Número do Sinistro: 3200259566

Vítima: JOSE BORGES DOS SANTOS

CPF: 142.282.034-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BORGES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Procuração

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: 18/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos