

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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.

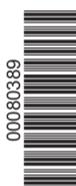
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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

Rio de Janeiro, 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:	Nome completo da vítima:	
	112.282.034-31	José Borges dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José Borges dos Santos		CPF: 112.282.034-34	
Profissão: operário	Endereço: rua Mariana	Número: 23	Complemento:
Bairro: Braséries	Cidade: Salvador das Beira Mar	Estado: BA	CEP: 41.540-553
E-mail: renatoalmeiro@outlook.com	Tel.(DDD): (81)99543-4554		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3015** CONTA: **40551**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

José Borges dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DESEC
DELEGACIA DE POLÍCIA
19ª CIRCUISCRICAO
PRAZERES

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUISCRICAO - PRAZERES -
DP19ªCIRC DIM/6ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0109004735

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAJUEIRO SECO, 81 - Bairro: CAJUEIRO SECO - JABOTATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **RETORNO EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA DA SÃO JOSE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**O MUNICIPIO DE JABOTATÃO (AUTOR / AGENTE)
JOSE BORGES DOS SANTOS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (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 MARCIOONILA DA CONCEICAO Pai: MANOEL BORGES DOS SANTOS** Data de Nascimento: 11/4/1989 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 23, RUA MARANATA - BOTAVE - CEP: 55886-888 - Bairro: PRAZERES - JABOTATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

O MUNICIPIO DE JABOTATÃO - 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/CB 500 F ABS** Objeto apreendido: **Não**
Cor **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PDP2618 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE ENCONTRAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CB 250, QUANDO NA ALTURA DO TERMINAL DE ONIBUS DE CAJUEIRO SECO, RETORNO DA VIA QUE FICA NAS IMEDIACOES DA ANTIGA FÁBRICA SÃO JOSÉ, ACABOU CAINDO NUM BURADO 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 PERNAS DIREITAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) à(s) unidade(s) policial(is)

**JOSE BORGES DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.C. registrado por: **PEDRO NOLASCO BUARQUE DE GUSMAO** - Matrícula:
181580-2



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:	Nome completo da vítima:	
	112.282.034-31	José Borges dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José Borges dos Santos		CPF: 112.282.034-34	
Profissão: operário	Endereço: rua Mariana	Número: 23	Complemento:
Bairro: Braséries	Cidade: Salvador das Beira Mar	Estado: BA	CEP: 41.540-552
E-mail: renatoalmeiro@outlook.com		Tel.(DDD): (81) 99543-4554	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

José Borges dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

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

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	56006/53 Abr/2019
L'ANIZE MOREIRA DA SILVA R MARANATA, N. 00023 - - PRAZERES JABOTAO DOS GUARARAPES PE 54.40.556		INSCRIÇÃO: 341.765.400.0822.000 GRUPO:15 DEB. AUTOMATICO: 056006753	

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

ÁGUA:
LEIT ANT: CONSUNTO: 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.	ANALISES REALIZ.	ATENDEN.
TURBIDEZ	MS 2.914/11	125	125	125
COR APARENTE		125	125	109
CLORO RESIDUAL		125	125	125
COLIF. TOTAIS		125	125	125
E. COLI		125	125	125

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	10 m3	41,30

TRIBUTOS	DATA DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIS COFINS	41,30	1,65 7,60	0,68 3,14

VENCIMENTO: 20/05/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

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: [REDACTED] VERDE

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

Observação: PACIENTE COM DOR EM OMBRO D APÓS QUEDA DA PRÓPRIA 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

04/07/19 OM340 0

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 **Nº registro:** 239829
Dt. Nasc.: 11/04/55 - 64 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: ANGELITA MARCIONILA DA CONCEIÇÃO **Fone:** 81985342334
Endereço: R. MARANATA, nº 23, JARDIM JORDÃO. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 04/07/2019 - 14:49 **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

VA: 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
CRM-PB 20583
C.R.C. PB 212-E-1

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 *205* SEXO:

CIDADE: BAIRRO:

UF:

HISTÓRIA CLÍNICA: *Por volta das 16h sentiu dor de gola e febre alta. Foi ao posto de saúde da MSB na hora com dor em 2 dias.*

EXAME FÍSICO:

HGT:

F.C:

P.A:

X

Sinal de dor de garganta + à O

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: suspeita de tonsilite aguda e tonsilite
Não consegui realizar redução

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

HD1: *Luxação generalizada O*

HD2:

CONDUTA TERAPÊUTICA:

Tipo II Angresso.

JUSTIFICATIVA:

HOSPITAL DE DESTINO:

HDF-Travassos.

MÉDICO SOLICITANTE DA SENHA:

SENHA: *5490742*

DATA:

24/08/78

HORA:

Pronto atendimento por menor problema.



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 451350

Senha da Classificação:

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

0046

Paciente: 268 JOSE BORGES DOS SANTOS

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 --

Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES 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 CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Perda de sono e dor de cabeça

Exame Físico

Dor nas costas

Febre 38°C

Protese Diagnóstico

Luxação de Ombro D

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

D Tramadol 100mg dia

D Alívio de

Cartório Médico
Dr. [ilhavado]
Ortopedista
Ginecologista
[ilhavado]

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

ESTADO SÃO PAULO

P

E

HOME		
JOSE BORGES DOS SANTOS		
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 1215171 - SSE PE		
CPF 142.282.034-34 DATA NASCIMENTO 11/04/1955		
FILHOS MANOEL BORGES DOS SANTOS ANGELITA MARCIONILA DA CONCHICAO		
PERMISSÃO	ACC	CAT. MAR
Nº REGISTRO 04433530895	VALIDADE 10/02/2018	1ª HABILITAÇÃO 08/09/1997
OBSERVAÇÕES R.		
<i>João Borges dos Santos</i>		
LOCAL — ASSINATURA DO PORTADOR JABOTACAO DOS GUARARAPES, PE		DATA EMISSÃO 11/09/2018
Assinatura de Charles Andrew Souza Kibreiro Charles Andrew Souza Kibreiro Diretor Presidente		15500684512 SP0087811677
ASSINATURA DO EMPRESÁRIO PERNAMBUCO		JABOTACAO D.O.U. GUARARAPES ENCARTE ATENDIMENTO NOTAS
3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOTACAO RUA ARÃO LINS DE ANDRADE, 380 - PIAU JABOTACAO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200 TEL: (81) 3461-0991		
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 PG 0,34, ISS R\$ 0,07, FERF R\$ 0,03, FUNSEG R\$ 0,07 Total R\$ 4,19. Selo:0150698.BCQ07201902.01863		
 <i>Daij</i>		

Consulte autorizada no site www.tjpe.jus.br/digital

(81) 3461-0971

P

E

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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2019

Titular do CPF: JOSE BORGES DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 Maranata, 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: 1215171 SSP - PE

CPF: 142.282.034-34

Profissão: desempregado

Endereço: Rua Maternata, nº 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 Buritiado V. da Mota, nº 1551, Salão 01, térreo, Piedade -

CEP: 54410-010 Jaboatão dos Guararapes - PE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2019

Titular do CPF: JOSE BORGES DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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