



20/01/2021

Número: **0000381-37.2019.8.17.2380**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Cabrobó**

Última distribuição : **19/06/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS (AUTOR)		LUCIANO ALVES DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73793769	20/01/2021 10:24	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

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

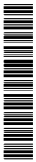
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00647/00648 - carta_01 - MORTE

00020324



Carta nº 13851494





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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

Pag. 00375/00376 - carta_03 - MORTE

00060188



Carta nº 1385386





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01079/01080 - carta_01 - MORTE

00020540



Carta nº 13854148





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 01473/01474 - carta_25 - MORTE

00020737





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/05/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

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

Recebedor: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000003491

Conta: 000003215-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01653/01654 - carta_12 - MORTE

00030827



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 com 16 ou 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 ASL

CPF da Vítima

007.986.104-09

Nome completo da vítima

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS		CPF titular da conta 684.328.524-49	Profissão APOSENTADA
Endereço FAZENDA ROÇA NOVA		Número 10	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade CABROBÓ	Estado PE	CEP 56180-000
Email luciano.djl@hotmail.com		Telefone (DDD) (87) 99100 7009	

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

- ☐ RECUSO 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRQ	D/V	CONTA NRQ	D/V
3491		3.215	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRQ
AGÊNCIA NRQ	CONTA NRQ
(Informar dígito se existir)	(Informar 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.

Cabrobó/PE, 28 de Agosto de 2018

Local e Data

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/11/2016

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3491 CABROBO, PE OPER: 013 CONTA: 3.215-9
PERIODO: 01092016 ATE: 11112016 CPF: 684.328.524-49
NOME: IVANEIDE GONCALVES DOS SA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
05/10/2016	000690	EMPR BLOQ	0,00000000	4.000,00 C	4.000,90 C
10/10/2016	000000	RETIRADA	0,00000000	4.000,00 D	0,90 C
22/10/2016	000000	REM BASICA	0,18610000	0,00 C	0,90 C

SALDO EM 10/11/2016 R\$ 0,90 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Date: 11/11/2016 Time: 11:51:15





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1869447 - MARLOS BRANCO DA SILVA
Município/UF: CABROBO/PE
Data/Hora do Acidente (hora local): 25/06/2015 14:30
BR: 428 KM: 9.9
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Pôr do sol
Condições da Pista: Seca
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário da solicitação:
Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano
Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim
Estado de Conservação: Bom
Má desnível? Não
É pavimentado? Não
Largura (m): 1
Possui defesa? Não existe
Possui meio-fio? Não existe
Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Não
Estado de Conservação:
Largura (m): 0
Tipo de Inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado
Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom
Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom
Tipo: Simples
Ord. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil: Em nível
Traçado: Reta
Curva Vertical:
Superfície: Não
Largura da Pista (m): 7.3
Estreitamento: Não Existe
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Boletim de ocorrência



Detona Bloqueado

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010244517200000072333327>
Número do documento: 21012010244517200000072333327

Num. 73793769 - Pág. 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343

Comunicação: C1897255

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PROQUI

Local Destino

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Combustão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjuncto
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semirreboque
- Triângulo de Amortecimento
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Partagem ou Desaparecimento
- Depois da Colisão

Latitudo do Ponto C: _____ Longitudo do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEICULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Cabrobó/PE, no km 9 da BR 428, verificamos através dos vestígios e declaração do passageiro, que o V1, Fiat/Uno placa HMT-8447/GO, deslocava-se do OROCO-PE sentido Belém de S. Francisco, quando o V2, moto CG/125 bian, placa KJL-9030/PE que deslocava-se no sentido contrário tentou fazer uma ultrapassagem a um caminhão e colidiu de frente com V1. O motorista da moto foi socorrido ao hospital de Cabrobó, enquanto o condutor da Fiat/uno e um passageiro não foram encontrados.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04

NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785

* Somentes possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343

Comunicação: C1897255

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: HMT-044 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BD15844AB8476828 Renavam: 00217479979
Marca/Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY Cor: BRANCA Ano: 2011 Tipo: Automóvel Emplacamento: LUZIANIA/GO
Ocupantes: 4 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: WILKSON LOPES DA SILVA CPF/CNPJ: 040.095.381-79
Endereço: AV ORISMAR GONCALVES QD 293 LT 03 P E D IV CEP: 72.000-000
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Segura Reta Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Modo: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo do Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KJ-9000 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC18108R037073 Renavam: 001171336384
Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX Cor: CINZA Ano: 2009 Tipo: Motocicletas Emplacamento: CABROBO/PA
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS CPF/CNPJ: 684.326.524-40
Endereço: FAZENDA ROÇA NOVA S/N CS CEP: 58.150-000
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Ultrapassagem Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Modo: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo do Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f5a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUZIR ENVOJADO

Veículo: V1/HMT-6447
Nome/Apelido: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: Masculino Estado Civil: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Município/UF: _____ Telefones: _____ Celular: _____ CEP: _____
Grau de Instrução: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Ocupação Principal: _____
CPF: _____ Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____
Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: _____ Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração: _____
Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: _____ Registro CNH: _____ Primeira Habilitação: _____
Validade CNH: _____ País CNH: _____ Dormiu? Não Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: Ignorado
Participações: _____
Informações Complementares: SEGUNDO SR. GERALDO FRANCISCO DE SOUSA QUE ERA PASSAGEIRO DO FIAT/UNO DISSERAM QUE O CONDUTOR ERA CHAMADO DE CHICO

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo do Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

CONDUZIR ENVOJADO

Veículo: V2/KU-9030
Nome/Apelido: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS
Data de Nascimento: 08/03/1979 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS
Nome da Mãe: IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS
Endereço: _____
Município/UF: _____ Telefones: _____ Celular: _____ CEP: _____
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: CABROBO/PE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: _____
CPF: 007.888.104-09 Documento de Identificação: 5811194 Órgão Expedidor: SDS PE
Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração: _____
Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: _____ Registro CNH: _____ Primeira Habilitação: _____
Validade CNH: _____ País CNH: _____ Dormiu? Não Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: Ignorado
Participações: _____
Informações Complementares: _____
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
Tipo do Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28be90536185a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo/V1/HMT-6447 /
Nome/Apelido: ***NÃO IDENTIFICADO** **Sexo:** Masculino **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:**
CPF: **Documento de Identificação:** **Órgão Expedidor:** **Telefone:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Fiscal: ☐ Ignorado **Socorrido pela PRF?** ☐ Não **Usava Cinto?** ☐ Ignorado **Usava Capacete?** ☐ Ignorado
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo do Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo ☐ Vítima ☐ 6447 /
Nome/Apelido: JOÃO FRANCISCO DE SOUZA NETO **Sexo:** ☒ Masculino **Data de:** 07/08/1973
Nome do Pai: BRAZ FRANCISCO DE SOUZA
Nome da Mãe: JOSEFA LEITE DA SILVA
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** ☒ BRASIL
CPF: 901.217.334-00 **Documento de Identificação:** 332605115 **Órgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:** _____
Estado Civil: ☒ Não Informado **Grau de Instrução:** ☒ Não Informado
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: ☒ Ignorado **Socorrido pela PRF?** ☒ Não **Usava Cinto?** ☒ Ignorado **Usava Capacete?** ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não

Transcrição da Declaração:

Pertencentes:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo do Receptor: _____ **Responsável pela Recepção:** _____
Documento do Responsável: _____ **Data/Hora da Recepção (hora local):** _____
Município/UF: _____ **Motivo:** _____
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90538f85a765

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA".

Página 6 de 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010244517200000072333327>
Número do documento: 21012010244517200000072333327

Num. 73793769 - Pág. 13



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo: V17MT-8447 /
Nome/Apelido: GERALDO FRANCISCO DE SOUSA Sexo: ☒ Masculino Data de: 08/11/1951
Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DE SOUSA
Nome da Mãe: FRANCISCA DE SOUSA LEITE
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: SERRA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL
CPF: _____ Documento de Identificação: 556489 Órgão Expedidor: SSP/SP Telefone: _____
Estado Civil: ☒ Não informado Grau de Instrução: _____
Ocupação Principal: _____ Origem: _____ Destino: _____
Estado Fiscal: ☒ Ilegal ☒ Socorrido pela PRF? ☒ Não Usava Cinto? ☒ Ignorando Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração: _____

Pertences: -

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f65a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON Placa: HMT-6447
Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA N° BOAT: 83359343
Registro/Matrícula do Agente: 1969447 Data: 25/05/2015 14:30

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Calça de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Panela corta fogo	3		X		28	Assopinho porta-malas / Assopinho	3		X	
4	Panela dianteira	1		X		29	Calça de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Calça de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos cargo)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos cargo)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	1		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	1		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	1		X	
16	Assopinho central esquerdo	3		X		41	Assopinho central direito	1		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Calça de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	7			
25	Panela Traseira / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	7			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS							
Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Fardas		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536/85a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101201024451720000007233327>
Número do documento: 2101201024451720000007233327

Num. 73793769 - Pág. 15



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343

Comunicação: C1897255

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS Placa: KJI-9030
Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA N° BOAT: 83359343
Registro/Matrícula do Agente: 1969447 Data: 25/05/2015 14:30

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2	X		
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e massas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

18

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o tempo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados os ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04
NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536f85a785

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101201024451720000007233327>
Número do documento: 2101201024451720000007233327

Num. 73793769 - Pág. 16



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Ocorrência: 83359343
Comunicação: C1897255
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON

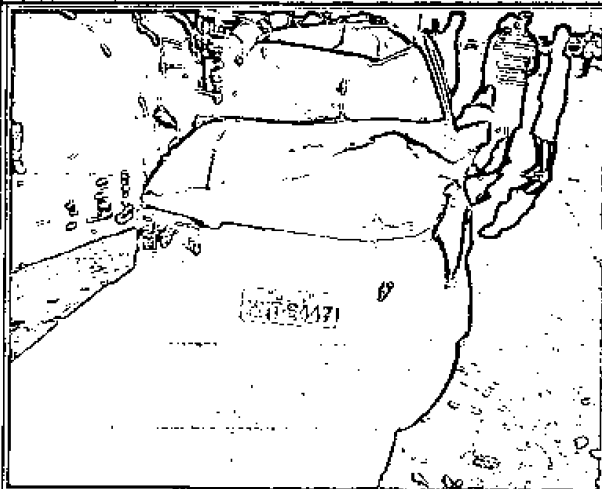
Placa: HMT-6447

Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA

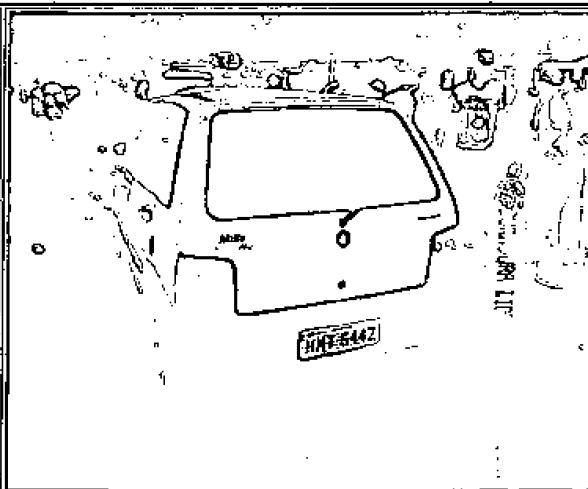
Nº BOAT: 83359343

Registro/Matrícula do Agente: 1969447

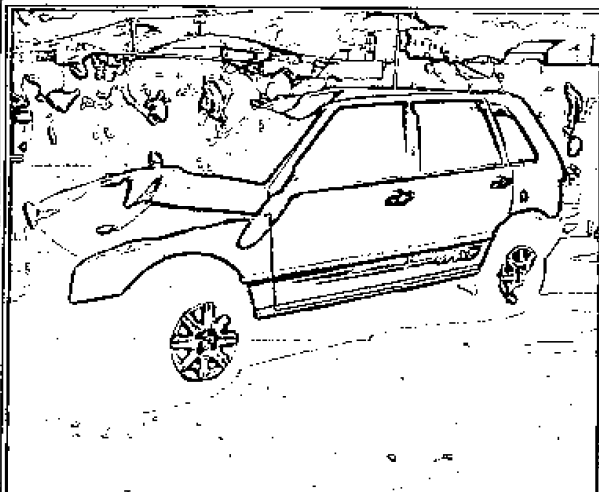
Data: 25/05/2015 14:30



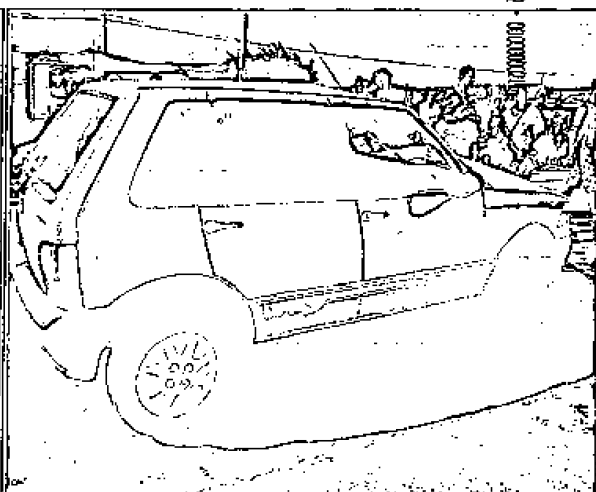
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04

NÚMERO DE CONTROLE: 28ba90536705a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 10 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83359343

Comunicação: C1897255

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG150 TITAN MIX KS

Placa: KJI-9030

Nome do Agente/Assinatura: MARLOS BRANCO DA SILVA

Nº BOAT: 83359343

Registro/Matrícula do Agente: 1969447

Data: 25/05/2016 14:30



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/08/2016 14:59:04

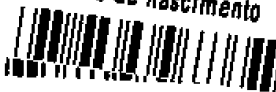
NÚMERO DE CONTROLE: 29ba90536f85a785

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 11 de 11



Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

MATRÍCULA:

075929 01 55 1980 1 00005 260 0005295 12

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) Oito de março de mil novecentos e setenta e nove.		DIA 08	MÊS 03	ANO 1979
LOCAL DE NASCIMENTO 17100mja	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Cabrobó - PE			
DE VÍCIOS DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Cabrobó - ESTADO DE PERNAMBUCO	LOCAL DE NASCIMENTO HOSPITAL		SEXO Masculino	
Pai JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS e IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS				
Mãe ANDRÉ GONÇALVES DOS SANTOS e MARIA VIEIRA CAVALCANTE e ANTONIO GONÇALVES DOS SANTOS e MARIA CAVALCANTE GONÇALVES DOS SANTOS				
GRÊMIO Não	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS Nada consta.			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) Três de junho de mil novecentos e oitenta.		NÚMERO DA DIV Não informado.		
OBSERVAÇÕES / AVISOS 2ª Via: Ato registrado no livro A-5, às folhas 260v sob o nº 5295. Data do registro: 3 de junho de 1980 Data de nascimento do registrado: 8 de março de 1979. OBS: ATO GRATUITO DE ACORDO COM A LEI Nº 9.534/97				

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Cabrobó, 28 de junho de 2016.

Assinatura registrada
Alaides Maria de Sá Araújo

Assinatura
Cabrobó/PE

Endereço
R. João Cavalcanti, nº 200

Alaides Maria de Sá Araújo
Oficial do Registro Civil em exercício.

"Selo: 0075929 REN06291601.00032

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital."

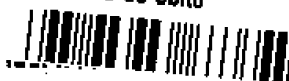
ALAIDES MARIA DE SÁ ARAÚJO
(87) 9623-5219
Alaides Maria de Sá Araújo
OFICIALA EM EXERCÍCIO





República Federativa do Brasil

Certidão de óbito



Serviço de Registro Civil
Certidão de Óbito

NOME:

GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

MATRÍCULA:

076745 01 55 2016 4 00111 278 0042488 92

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL, EIDADE Solteiro, 37 anos
NATURALIDADE Cabrobó - PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 007.986.104-09, RG 5811194 SSPI/PE, CTPS 04479 Série 00056-PE	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filho de JOÃO CAVALCANTI DOS SANTOS e de IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS. Residência do falecido: Rua 29 nº 121, Jatobá, Petrolina - PE		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Vinte e três de junho de dois mil e dezesseis, às 7h40min.		DIA 23
LOCAL DE FALECIMENTO Domicílio, Rua 29, 121, Jatobá, Petrolina-PE		MÊS 06
CAUSA DA MORTE Choque séptico, Infecção do trato respiratório, Pneumonia nosocomial, Síndrome inutilidade, Trauma raquimedular fratura C3		ANO 2016
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Cemitério da Rocha Nova, Cabrobó-PE	DECLARANTE IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS	
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO Dra Fabiana Moreira, CRM 21462		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-111, às folhas 278 sob o nº 42488. Data do registro: 30 de junho de 2016. Data do óbito: 23 de junho de 2016. Profissão do falecido: Agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de março de 1979. Era eleitor. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.		

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
ÓRGÃO DO PODERÃO JUDICIÁRIO
E-11 de Maio, 1º andar - Av. 2012 - Centro, 011-111 - Centro Administrativo - Cabrobó, Pernambuco

Autentico, para os devidos fins, a presente cópia
reprográfica do documento que me foi apresentado pela
parte interessada. Dou fé, em 22/11/2016 às 10:51
Em testemunha da verdade
Robson Barros da Costa, Tabelião Público
EML 2.79 TSNR. 0.26 - FEEL. 3.72
Selo(s): 0075010-RB010201601.0121
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Auxiliadora da Silva Tavares

Município/UF
Petrolina

Endereço
Rua do Coliseu, 206

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Petrolina, 30 de junho de 2016.

Digitado por: Cid Wagner

"Selo: 0076745.IQG05201601.01434"

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório Registro Civil

Maria Auxiliadora Silva Tavares

Oficiala

Rua do Coliseu, Nº 206 - Centro

Fone: (37) 3561-7381 Petrolina-PE

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO.



Comprovante de residência



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1392015723

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DA ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, 80A VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-02
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800-0810120 PRONTIDÃO 0800-0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800-281-0142
Ouvidoria 0800-282-5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS	DATA DE VENCIMENTO 31/05/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 063377182	CONTA CONTRATO 7003979401 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO FZ ROÇA NOVA 10 -TERRA NOVA - RURAL/TERRA NOVA RURAL -55190- 000 TERRA NOVA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 17,76		

PERÍODO CONSUMO 24/04/2019 a 24/05/2019	CONSUMO 30
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7003979401	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 17,76	VENCIMENTO 31/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838100000000 177600110073 003979401105 139448719535



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DADOS DO CLIENTE
IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ RQ A LDOVA 10

CPF 65-378 574-49

TERRA NOVA - PURA TERRA NOVA PURA
TERRA NOVA PE
50187-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESISTÊNCIA

N° 1014 0014 0014 0014 0014 0014	0014 0014 0014 0014 0014 0014	0014 0014 0014 0014 0014 0014
N° 1014 0014 0014 0014 0014 0014	N° 1014 0014 0014 0014 0014 0014	N° 1014 0014 0014 0014 0014 0014

CONSTA CONTRATO	MESURAS
7003979401	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/01/2019	24/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	16,41

093834240 DA NATA FIBRE

DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	TOTAL PRICE
Consolidated Account (AMH) Agreement Bandera 22/01/2014	30.00000000	0.54550485	16.3651455

TOTAL DA FATURA

10.41

OPORTUNISMO DE CONSUMO DE LA VOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função Ca.	Anterior	Atual	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (Wh)
		Data 24-06-2008	Data 27-07-2008	32	1.00000		0.00

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ATTENTION: ONCE WE OBTAIN YOUR PERSONAL INFORMATION, WE WILL CONTACT YOU TO

[illegible]

Cadernos de História **# 17**

O que comunicamos não é o mesmo que o que se comunica. O primeiro termo refere-se ao conteúdo da mensagem; o segundo, à forma da comunicação. Cada um dos dois aspectos deve ser analisado separadamente e em conexão com o outro. Quando se trata de uma mensagem, o conteúdo pode ser analisado sob o ponto de vista da sua estrutura lógica e da sua coerência interna. Quando se trata de uma comunicação, a forma pode ser analisada sob o ponto de vista da sua estrutura social e da sua função comunicativa.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

	EXPENSES CASH/CR	1976 EXPENSES CASH/CR	1977 EXPENSES CASH/CR	1978 EXPENSES CASH/CR	1979 EXPENSES CASH/CR
ONE		1.25	17.25	24.25	29.42
TWO		1.25	7.25	15.25	23.25

MAPES DE YEMBO

Tamanho emprego, (n)	Largura de variação (n)	
	qualis	quantis
220	202	231



Declaração de únicos herdeiros



DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) HERDEIRO(S)

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/05/2016, faleceu em 23/06/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorçado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. EVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS	MÃE DA VÍTIMA	2.794.400-503/RE	684.328.524-49
2. JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS	PAI DA VÍTIMA	04.742.616-03-SSP/BA	493.982.615-53
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou ☐ deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Cabrobó/RE, 30/08/2016
LOCAL E DATA

Cabrobó/RE, 30/08/2016
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Evaneide Gonçalves dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

João Cavalcante dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1	DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)			
	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
	1.			
	2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS				
	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
2	1. EVANEIDE AMARAL DOS SANTOS SA	1793195 - SSP/DF	985.480.004 - 06	Evaneide Amaral dos Santos SA
	2. ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SA	3653208 - SSP/RE	023.159.264 - 75	Ilma Gonçalves dos Santos SA

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 01204

www.dpvatsegurodotransito.com.br

VERSO

Autorizado pelo OFICINÁRIO UNIC
Comarca de Cabrobó/RE





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponível site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 25 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS	CPF: 007.986.104-09	Data do óbito: 23/08/2016
Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Casado ☐ Viúvo	Teve filhos? ☐ Sim ☒ Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: N° falecidos:
Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS	Grau de parentesco com a vítima: MAE	CPF: 684.328.524-49
Local/data: CABROBÓ/PE, 28/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: <i>IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

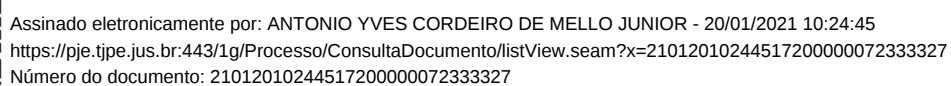
TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: EVANEIDE AMARDO DA SILVA	2 - Nome completo: MARCELA BATISTA GONZAGA
CPF: 935.480.004-06	CPF: 889.445.204-34
Local/data: CABROBÓ/PE, 28/08/18	Local/data: CABROBÓ/PE, 28/08/2018
Assinatura: <i>Evaneide Amardo da Silva</i>	Assinatura: <i>Marcela Batista Gonzaga</i>

BS.001 V001/2018



0.74





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3190040410

3 - CPF da vítima:
007.986.104-09

4 - Nome completo da vítima:
GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:
IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

6 - CPF:
684.328.524-49

7 - Profissão:
APOSENTADA

8 - Endereço:
FAZENDA ROÇA NOVA

9 - Número:
10

10 - Complemento:
CABROBO

11 - Bairro:
ZONA RURAL

12 - Cidade:
TERRA NOVA

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
56190-000

15 - E-mail:
LUCIANO.ADV.DJL@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):
(87) 9 9100 7009

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCOS:

Declaracao de unicos herdeiros

AGÊNCIA: 3491

CONTA: 3215-9

AGÊNCIA:

C

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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

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

24 - Data do óbito da vítima: 23/06/2016

25 - Grau de Parentesco com a vítima:
Mãe

26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim
☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (se houver)?

☐ Sim
☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim
☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 0

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim
☒ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: Luciano Alves dos Santos

CPF: 054.933.854-19

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: EVANEIDE AMARAL DA SILVA

CPF: 985.480.004-06

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CABROBOPE, 17 DE JUNHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDS nº1 V002/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TANARES BURIL

ANAL FABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5811194 DATA DE EXPEDIÇÃO 27.11.1996

NOME GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

EMBAIXADO João Cavalcanti dos Santos
Ivanside Gonçalves dos Santos

NATURALIDADE Cabrobo.PE DATA DE NASCIMENTO 08.03.1979

DOC ORIGEM C.N.5295L.A05.F.260v.dã Cart de Cabrobo.PE

Assinatura do Diretor

LEI Nº 116 DE 28/08/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recicla Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 007.986.104-09

Nome GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

Nascimento 08/03/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
3825.8A9E.8546.03AA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:06:43 do dia 28/08/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1979

MUNICÍPIO CABROBO

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLÍCAR DINIZ

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE

1

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.794.400 DATA DE EMISSÃO 14.11.2001

NOME IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

PRIMAÇÃO Antonio Gonçalves dos Santos
Maria Cavalcanti Gonçalves dos Santos

NATURALIDADE Cabrobo-PE DATA DE NASCIMENTO 17.10.1958

DOC ORDEM CC-1740.L.801.F.32. do Cart.

CABROBO-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/81

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 17/10/1958 Nº INSCRIÇÃO 0212 5202 0850 ZONA 077 SEÇÃO 0014

MUNICÍPIO/UF CABROBO/PE DATA DE EMISSÃO 26/09/2013

MARCO CÉSAR SARMENTO GADELHA

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

IVANEIDE G. DOS SANTOS

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

684.328.524-49

IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS

17/10/1958

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Fevecard/2003

CORREIOS



Documentos de Identificacao



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

04.742.616-03 23-09-2014

JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS

ANDRÉ GONÇALVES DOS SANTOS

MARIA VIEIRA CAVALCANTE DOS SANTOS

SÃO PAULO SP 19-01-1952

C.CAS. CM CABROBÓ PE DS

SEDE LV 01 FL 32V RT 1740

993.982.615-53

Flavilda M. de Almeida

LEI Nº 7.116 DE 28-06-63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MAIOR DE 60 ANOS

NÃO PLASTIFICAR

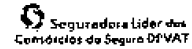
NÃO ALFABETIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

SEGI/PR0408 LIDER PRJMT - 22 4 01/12/2016 15:22 - 000000212



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1206140/16
Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 007.986.104-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/05/2015
Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Outros



IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

JOAO CAVALCANTI DOS SANTOS : 493.982.615-53
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 21/12/2016
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 684.328.524-49

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/12/2016
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Patricia Aleixo Silva



TERMO DE RENÚNCIA

Eu, JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS, portador(a) do RG n.º 04.742.616-03, expedido por SSP/BA, inscrito no CPF/MF N.º 493.982.615-53, RESIDENTE E DOMICILIADO NA Rua Maranhão, n.º 100, Bairro: Taberaba, Juazeiro/BA, na condição de PAI de GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, brasileiro, SOLTEIRO, nascido em 08/03/1979, portador da cédula de identidade (RG) n.º 5811194, expedida por SSP/PE, inscrito no CPF n.º 007.986.104-09, que figura como vítima fatal do acidente de trânsito ocorrido em 25/05/2015, referente ao seguro DPVAT, neste ato, desde já, renuncio a cota parte da indenização a qual tenho direito do mencionado seguro, EM FAVOR da MAE da vítima a Srª IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS, brasileira, casada, aposentada, portadora da cédula de identidade (RG) n.º 2.794.400, expedida por SDS/PE, inscrita no CPF n.º 68432852449, residente e domiciliado na Fazenda Roça Nova, s/n, Zona Rural, Cabrobó/PE, CEP 56180-000, também beneficiária deste mesmo seguro.

Tenho absoluta e plena consciência que esta decisão é definitiva e irrevogável. Por ser a expressão da verdade. Firmo o presente.

Cabrobó/PE, 30 de Agosto de 2016



Assinatura do (a) Renunciante

Dados testemunha a rogo

Nome ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SRª
RG N.º 3655208 - 558/PE CPF N.º 023.359.264-75

Ilma Gonçalves dos Santos Srª
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

Testemunha 1

Nome EVANEIDE AMANUO DA SILVA
RG N.º 1795195 - 558/PE CPF N.º 985.480.004-06

Evaneide Amanuó da Silva
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

Testemunha 2

Nome LUCIANO ALVES DOS SANTOS
RG N.º 6568952 - SDS/PE CPF N.º 054.973.854-19

Luciano Alves dos Santos
Assinatura

(Reconhecer Firma por AUTENTICIDADE)

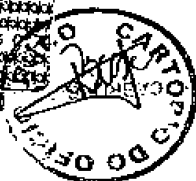
VERSO
ARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Comarca de Cabrobó/PE

VERSO
ARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Comarca de Cabrobó/PE



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO - Rua: [illegible] - Fone: [illegible] - E-mail: [illegible] - CEP: [illegible] - UF: [illegible]

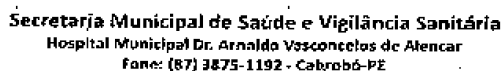
Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (1) **ILMA GONÇALVES DOS SANTOS SA.** (1) **EVANEIDE AMARAL DA SILVA**
 Dou fe. Cabroba, 30/08/2018. 13:00
 Em Testemunho
 Robson Barros da Costa [illegible] da verdade.
 Ao Cartório: R\$ 6,50 - TSE: R\$ 1,46 - FERC: R\$ 0,37
 - Total: R\$ 8,33. 0075010.01344.0000201601.01343.
 0075010.UFM08201601.01344.



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO - Rua: [illegible] - Fone: [illegible] - E-mail: [illegible] - CEP: [illegible] - UF: [illegible]

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) **ILMA GONÇALVES DOS SANTOS**
 Dou fe. Cabroba, 30/08/2018. 13:46
 Em Testemunho
 Robson Barros da Costa [illegible] da verdade.
 Ao Cartório: R\$ 3,25 - TSE: R\$ 0,77 - FERC: R\$ 0,37
 - Total: R\$ 4,39. 0075010.01344.0000201601.01343.
 Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/sel-digital





Sexo: masculino Setor: Emergência Cor: Parda
 Nº do Registro: M 443 Hora: 14:42 Data: 25/05/2015
 Paciente: Gilberto Gonçalves dos Santos Nasç.: 08/03/1979
 Endereço: Rua Boen Nova, Cabanos Idade: 36
 Filiação: JOÃO PAULISTA DOS SANTOS e IRENEIDE G. dos
 CPF: [assinatura] Identidade: 5811194 Santos
 Profissão: Agricultor Peso: _____ Temperatura: _____ PA _____
 Atendimento: Clínico () Pediátrico () Cirúrgico () Obstétrico ()
 Acid. Trans. () Acid. Trabalho () Agressão () Outros ()

HISTÓRIA DO PACIENTE

HISTÓRIA DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão moto carro) chega com trauma em praxia aguda por proteção de

CONDOTA REALIZADA

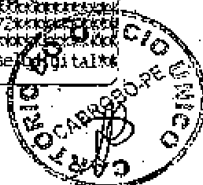
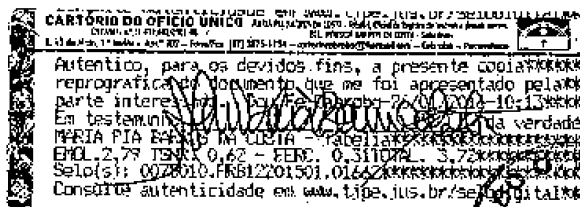
Coluna comest.
aprox 1000 - trona em (100) +
informação em dez dias seguintes.

MEDICAÇÃO

MURDER BY THE HANDS OF THE
REV. RICHARD R. RICHARDSON 550 F.D. 130/80.
AND: please make a note of
Sergeant R. R. RICHARDSON.

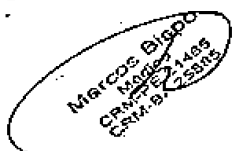
Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura Aux. de Enfermagem



STO 9^{ma} moral 6u 24h.
Aplicação 01mg 1ml 16/6 hca.
Votôinca 01mg 1ml 15/60
Leticia de 02 ciente

Sobito não vda 10ml 10.
Kusla 01mg 1ml 15/60



Às 21:00h dia 25/05/15: Paciente consciente, ou-
entado, arboril, eufórico (FR: 20cpm), normotenso (PA: 120x
90mmHg), normocárdico (FC: 68bpm), respiração normal, LMB
LMB. Rchm 25, mvs/RA; abdome flácido. ~~156922~~ 156922
Plano 01mg 1ml 8/16 12

Às 21:57h 25/05/15: Solicitada vaga para
transfêrencia sob cod 135137692 no SAREG.

Carla de Sá Araújo
Enfermeira
COREN-PE: 56922

Às 06:00 26/05/15 paciente foi transferido
para o HTU (trauma) petrolus. Acompanha-
do por familiares (mãe, filho e esposa).
mae 1530. ———— Mãe 368088-76



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
 Av. José de Sá Manicoba, s/n – centro – Petrolina-PE- CEP.56.304-205

NOME: <u>Gilvan Guedes de Sá</u>		PRONT: BOX L
DIAGNOSTICO: <u>1) T. Nosp. / 2) TRA</u>		DATA CIRURGIA: <u>27/07/2021</u> HORA: 17:30HS
PROCEDIMENTO: TRAQUEOSTOMIA		
CIRURGIÃO: DR. <u>Agostinho</u>	ANESTESISTA: O MESMO	
1º AUX.: DRA FELIPE	2º AUX	
ANESTESIA: LOCAL + SEDAÇÃO		
1. PACIENTE EM DDH; SEDADO COM MIDAZOLAM 7,5MG E FENTANIL 250µg EV 2. ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS 3. BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL 4. INCISÃO VERTICAL DE APROXIMADAMENTE 04 CM E ABERTURA POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA TRAQUEIA. 5. INCISÃO DA TRAQUEIA NO 3º ANEL TRAQUEAL, INCISÃO LONGITUDINAL. 6. EXERESE DO 3 ANEL TRAQUEAL ANTERIORMENTE 7. INTRODUÇÃO DE TRAQUEÓSTOMO Nº 8,0 SEM INTERCORRÊNCIAS. 8. FIXAÇÃO DO TRAQUEÓSTOMO COM FITA DISPONIBILIZADA PELO FABRICANTE. 9. CURATIVO LOCAL 10. SPO2 97% APÓS TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.		

Dr. Felipe Almeida de Oliveira
 Médico Residente Clínica Geral
 CRM-BA 23214
 CRM-PE 19008



Michella Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU UNIVASF - LEBSERH
 S/APE: 278.2882





Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Manicoba, S/N
Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento

Tel: 8369 3096

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50299809

Paciente: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Mãe: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO ROSA NOVA, Nº 0 - ZONA RURAL - CABROBÓ/PE - 56180

CNS: 162216461630001

Doc. Identificação: 5811194

Nasc.: 08/03/1979

Idade: 36

Telefone: (87) 91545587

Telefone:

Classificação de Risco / Anamnese

OK

Hora de início da Triagem: ____ : ____

TRAUMA

- ☒ Acidente de Trânsito
- ☐ Acidente de Trabalho
- ☐ PA Branca
- ☐ PAF
- ☐ Violência
- ☐ Outros

ESTADO GERAL

- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Precário

- ☐ Hidratada
- ☐ Desidratada ____ /4+
- ☐ Acianóticas
- ☐ Cianóticas ____ /4+
- ☐ Hipocoradas
- ☐ Anictéricas
- ☐ Ictéricas

EXTREMIDADES

- ☐ Bem Perfundidas
- ☐ Mal Perfundidas

RVM
Cervical
26/05
Vermelha

QUEIXA PRINCIPAL

HU - UNIDADE ADMINISTRATIVA
CONFERE COM PRECISÃO
DATA: 26/05/2021
Av. José de Sá Manicoba, S/N - Petrolina/PE

VITAIS

Arterial: 113/66 Mmhg FC: ____ min.
P= ____ bpm Freq. Resp.= ____ Rpm

PUPILAS

- ☐ Isocóricas e fotoreagentes
- ☐ Anisocóricas

ANAMNESE DO MÉDICO

Enfermeiro/Coren

Paciente de 36 anos, masculino, de Cabrobó - PE com hist.
rio de crises de epilepsia (crises).
Referindo de crises neurológicas (epilepsia).
A. Visão de coisas pequenas + calor e frio.
B. Respirando e sufocando.
C. Sem sinais de choque.
D. glicemia 10 (44511) e hipoglicemia.
E. tendo na cabeça um de 15.
CP: Sólido TC de volume cerebral e bacia
do Urinário Geral
Ass. Paciente: *Assessoria de Neurologia*

Ass. Paciente:

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 26/05/2021 Hora: 10:18



NCR # (26/05/15) 14:45h

Gilvan Gonçalves, 36a, requerido de cabroto com história de acidente motociclístico (colisão moto/carro) ontem. Apresenta-se com tetraparesia e TC de coluna cervical mostrando fratura de C3. ECG(1+3+6)=15, pupilas normais, fotomaculares, com discreta movimentação do HIE nos membros inferiores.

HD: 1- TRM (Fratura instável)

CD: 1- Colocar o colar cervical
2- Retirar placa rígida (Retirar o elemento móvel)
3- VPM.

Prescrição.

- 1- Dieta branda amolada
- 2- SF0,31 2000ml IV, 24h D: 2: B: 4:
- 3- Repouso absoluto no leito com colar cervical e coxim lateral.
- 4- Talatol 1AMP + AD, IV, 12/12h D: 24
- 5- Dipirona 1A + AD, IV, 6/6h SN D: 18 - 24. 06
- 6- Metoprolol 1A + AD, IV, 8/8h SN
- 7- SEVU + CCGG
- 8- Sol APAC TC Col Cervical
- 9- ACC



Dr. Danilo Rangel
Médico Emergentes
CRM-PE 25.173

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
SIAPS: 219.2962 HU UNIVASF / EBSEH
SIAPS: 219.2962

Gilvan Gonçalves de Sousa
26/05/15 10:05
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010244517200000072333327
Número do documento: 21012010244517200000072333327



RELATORIO MEDICO

NOME: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: 26/05/15

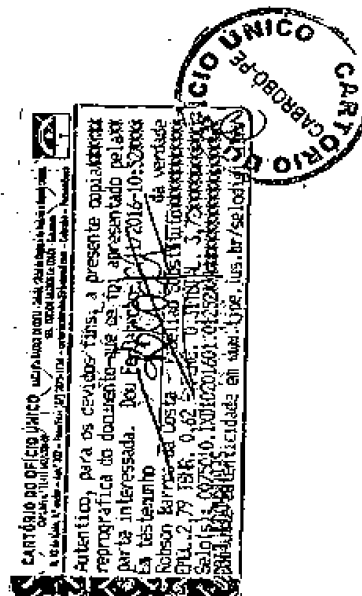
DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. TRM CERVICAL COM FRATURA DE C3
2. TETRAPARESIA
3. DEPRESSÃO - EM TRATAMENTO
4. PNEUMONIA NOSOCOMIAL (SUPERADA)
5. CHOQUE HEMODINÂMICO-SÉPTICO DE FOCO PULMONAR + NEUROGÊNICO (SUPERADO)
6. ITU - SUPERADA

PACIENTE, 36 ANOS, ADMITIDO NO SERVIÇO, DIA 26.05.15, REGULADO DE CABROBÓ-PE, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ UM DIA DA ADMISSÃO, APRESENTANDO DÉFICIT NEUROLÓGICO (TETRAPLEGIA). REALIZADO TC DE CRÂNIO À ADMISSÃO QUE EVIDENCIOU FRATURA DE C3. AVALIADO PELA EQUIPE DE NEUROCIRURGIA, QUE IDENTIFICOU TRM (TRAUMA RAQUIMEDULAR) CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C3, SEM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DEVIDO À DEPENDÊNCIA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. PACIENTE EVOLUIU EM UTI, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM DIFÍCIL DESMAME DA VM, EM USO INTERMITENTE DE CPAP.

DIA 04.09.15 FORA ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, ONDE EVOLUI COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS, ASSOCIADO A DISÚRIA, DOR EM HIPOGASTRO E UM PICO FEBRIL, SENDO ENCAMINHADO À SALA



17/12/15
Dr. Luiz Vasconcelos
CRM 15564
CRM 37048



HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS SENDO ENCAMINHADO À SUA
CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS ASSOCIADA À DISPLASIA DO TUMOR
MÉDULO SPINAL FACTOR COM INTERFERÊNCIA DO TUMOR DE
DIA 04/08/12 FOI ENCAMINHADO À ENFERMAGEM DE CLÍNICA

INTERMITENTE DE CÂNCER

HEMODINAMICAMENTE COM DÉFICIT DEGRADADO DA VASO EM USO
MECÂNICO PACIENTE EVOLUÍDO EM QUE MANEJA
PROGNÓSTICO CIRÚRGICO DEVIDO À DEGRADACÃO DE VENTILAÇÃO
ENDOTRACHEAL CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C7 SEM
DE NEUROLOGIA QUE IDENTIFICOU TRATAMENTO
ADMISSÃO QUE EVIDENCIA FRATURA DE C7 AVALIADO PELA EQUIPE
NEUROLÓGICA (TETRAPLEGIA) REALIZADO TC DE CRÂNIO E
LUMBOCRANIAL NO DIA DA ADMISSÃO PRESENTANDO DÉFICIT
RESPIRADO DE CÂNCER DE CÂNCER DE CÂNCER DE ACIDENTE
PACIENTE 39 ANOS ADMITIDO EM SERVIÇO DIA 28/08/12

1. TUM - SUPERADA

NEUROGÊNICO (SUPERADA)

2. CHOQUE HEMODINÂMICO SÉPTICO DE FOCO PULMONAR +

4. PNEUMONIA NOSOCOMIAL (SUPERADA)

3. DEPRESSÃO - EM TRATAMENTO

5. TETRAPLEGIA

4. TRM CERVICAL COM FRATURA DE C7

HISTÓRIAS DIAGNÓSTICAS:

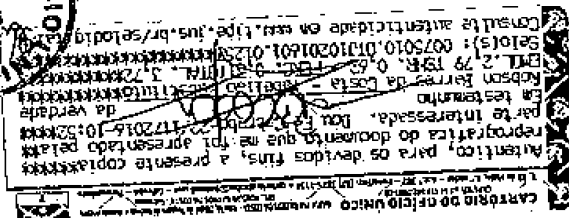
DATA NASCIMENTO: 08/03/1978

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: 28/08/12

NOME: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

REGISTRO MÉDICO





17/12/15
Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM BA 21048

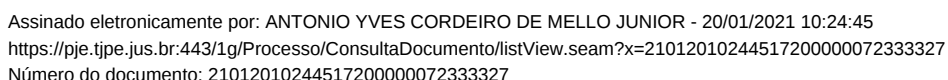
NOS ÚLTIMOS 204 DIAS DE INTERNAÇÃO, SEM SUCESSO.
SIDO REALIZADO TESTES DE RETIRADA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA
OXIGENAÇÃO SUPLEMENTAR POR VENTILAÇÃO MECÂNICA, TENDO
ESTANDO RESTRITO AO LEITO. APRESENTA-SE DEPENDENTE DE
PRESENÇA DE ÚLCERA SAGRAL EM PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO,
INFLAMATÓRIA SISTÊMICA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM
CLÍNICA, CONTACTUANTE (GLASGOW 15), COM SINAIS DE RESPOSTA
HOSPITALAR (HUNIVASF - REITOLINA-PE), EM ESTABILIZAÇÃO
NO MOMENTO PACIENTE ENCONTRA-SE INTERNADO EM AMBIENTE

CONFIMANDO ITU.
DISURIA, SENDO INICIADO CEFEPIME APÓS SUMÁRIO DE URINA
CONDUÇÃO DO QUADRO. EVOLUIU COM PICOS FEBRIS E QUEIXA DE
DO QUADRO. ADMITIDO NA SALA AMARELA, DIA 12.11.15, EM VM, PARA
RNC, SENDO ENCAMINHADO À SALA VERMELHA PARA ESTABILIZAÇÃO
TRATAMENTO. EVOLUIU COM PIORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO E
DE RETAQUARDA EM CABROBÓ-PE, PARA CONTINUIDADE DO
HEMODINAMICAMENTE, AGUARDANDO VAGA EM HOSPITAL COM LEITO
ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, DIA 03.10, ONDE EVOLUIU ESTÁVEL
CONSERVADOR. PACIENTE FOI, ENTÃO, NOVAMENTE ENCAMINHADO À
CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, INDICANDO TRATAMENTO
DEVIDO AO TEMPO DO TRAUMA, PRESENÇA DE INFECÇÕES E
NEUROCIRURGIA, QUE CONTRAINDICOU O TRATAMENTO CIRÚRGICO,
POSTERIOR DO QUADRO CLÍNICO. DIA 11.09, FOI AVALIADO PELA
AMARELA E INICIADA. ANTIBIOTICOTERAPIA, COM MELHORA

17/12/15
Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM BA 21048



EMBRANCO

[illegible]

SEGURO DPVAT

DADOS BASICOS DO PROCESSO

1) COBERTURA: MORTE

2) VITIMA: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS

3) DATA DO ACIDENTE: 25/05/2015

4) DATA DO OBITO: 23/06/2016

5) BENEFICIARIOS:

(A VITIMA ERA SOLTEIRO, NÃO TINHA FILHOS E NEM COMPANHHEIRA)

a) OS PAIS:

i) - IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS (MAE);

iii) - JOÃO CAVALCANTE GONÇALVES (PAI) "RENUNCIOU A SUA

COTA EM FAVOR DA MAE DA VITIMA"

OBSERVAÇÃO:

A vítima sofreu acidente de trânsito em 25/05/2015, conforme Boletim de Acidente de Trânsito em anexo. Na mesma data foi atendido no Hospital Municipal de Cabrobó/PE. No dia seguinte (26/05/2015) foi transferido para o Hospital de Urgências e Traumas (HU UNIVASF) em Petrolina/PE, onde permaneceu internado até dois dias antes do óbito.

Dois dias antes do óbito a vítima foi transferida para uma espécie de leito em domicílio, onde veio a óbito na data de 23/06/2016.

SEGURADORA: DPVAT - 22.8.65.102.2015.15:21 - 00000000129



IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

ENDEREÇO: FAZENDA ROSA NOVA, S/N,
ZONA RURAL, CABRUBÓ/PE,
CEP: 56180-000

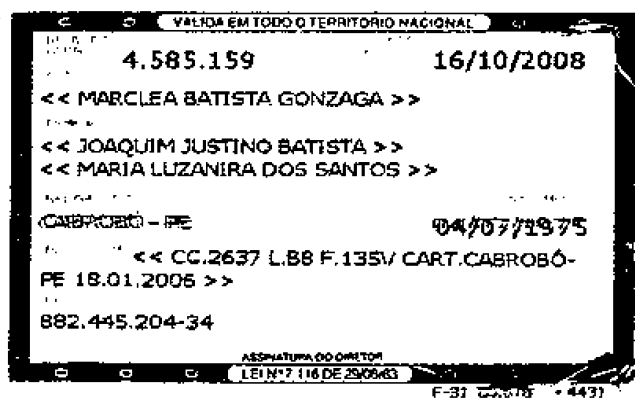
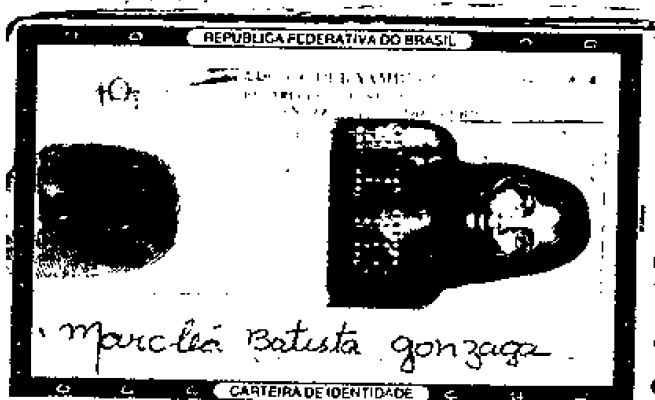
Telefone: (87) 99944 3053

E-mail: luciano.djl@hotmail.com



SEGURO LIDER SEGURO PRIVAT
RUA SERRA D'ÁURAS, 74, 15º ANDAR
BAIRRO - CENTRO
RIO DE JANEIRO
CEP: 20031205







Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3160755118

☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

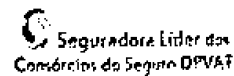
Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
10/02/2019	

Recebido em 14/02/2019
Empresso em 16/02/2019

Nome: Antônio Cláudio



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/05/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS : 493.982.615-53

Documentos de identificação

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 684.328.524-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



SINISTRO 3160755118

VÍTIMA: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

COBERTURA: Morte

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO:** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 68432852449

RECEBIDO

10 JAN 2019

Seguradora Líder DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Número do Sinistro: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2015

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS
CPF: 493.982.615-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



SINISTRO: 3190040410

VÍTIMA: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

COBERTURA: Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:
SEGURADORA LIDERDPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

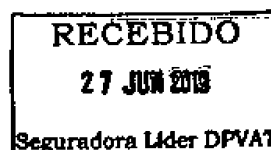
CPF: 68432852449

A BENEFICIARIA ACIMA IDENTIFICADA, VEM POR MEIO DESSE:

1. Informar não mais tem contato com o beneficiário JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS;
2. Declarar que o beneficiário JOÃO CAVALCANTE DOS SANTOS renunciou a sua respectiva cota em favor da beneficiaria IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS, conforme documento juntado ao processo;
3. Declarar que a vitima sofreu acidente em 25/05/2015, sendo imediatamente atendida pelo Hospital Municipal de Cabrobó/PE (Hospital Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar);
4. Declarar que em 26/05/2015 a vitima foi transferida para o HU / UNIVASF, onde permaneceu internado no período de 26/05/2015 a 15/06/2016 (386 dias);
5. Declarar que em 15/06/2016 a vitima teve alta hospitalar para tratamento em Home Care.
6. Declarar que aos 23/06/2016 (oito dias depois) a vitima veio a óbito, em decorrência das lesões causadas pelo acidente;
7. Declarar que em 13/06/2019 procurei o HU / UNIVASF com a finalidade de obter copia do prontuário e outros documentos com o objetivo de cumprir exigência da Seguradora Líder. Que o HU / UNIVASF forneceu documentos em anexo e **informou que não possui documentos relativos ao tratamento em home care;**
8. Declarar que em 13/06/2019 procurei o IML em Petrolina/PE e lá fui informada que não houve atuação do referido órgão no presente caso, de forma que não há como obter laudo do IML.

Cabrobó/PE, 14/06/2019


IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS



ANEXO I

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HU/UNIVASF		2 - CNES 4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HU/UNIVASF			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE GILVAN GONCALVES DOS SANTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 50299809	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 162216461630001		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/03/79	
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3		10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO ROSA NOVA - ZONA RURAL		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CABROBÓ			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente q/história de acidente motorciclístico com tetraparesia. TC cervical revela fratura de C3.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO ANAMNESE + EXAME FÍSICO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) TC cervical q/fratura de C3.			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL TRM		24 - CID 10 PRINCIPAL S102	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO INTERNAÇÃO			
28 - CLÍNICA 29 - CARATÊ		30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0303040114	
31 - DOCUMENTO () CNS 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0516 896 324 291		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/5/15	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - Nº DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE	
42 - Nº DA EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 29/05/15			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	

 CREMEPE: 9229 PE
 Autorizadora


LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

6 - N. DE PRONTUÁRIO

50299809

7 - CNS

162216461630001

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/03/1979

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 91545587

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO

SITIO ROSA NOVA, Número: 0 - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CABROBÓ

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2603009

18 - UF

PE

19 - CEP

56180

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Retirado do T.O.T. de longa - Art. 1º

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As lesões cutâneas

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASE / SBSERH
S/APE: 210.2002

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

HU - UNIVASE
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 13/06/2019

23 - CASO CLÍNICO INICIAL

As lesões cutâneas (LCA)

24 - CID 10 PRINCIPAL

L96.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 C. ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de lesões cutâneas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404010377

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Felipe Almeida de Oliveira

Médico Residente Cirurgia Geral

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/06/19

35 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Dr. Felipe Almeida de Oliveira

Médico Residente Cirurgia Geral

CRM-BA 22214

CRM-PE 10806

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N. BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

46 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ORDEM DE ACOMPANHAMENTO

308610003

52 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261616522070-6

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO

308610003

50 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

02/06/19

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Felipe Almeida de Oliveira

CPF: 195.729.422-00

Assinatura

Assinatura





Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Manicoba, S/N
Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento

Tel: 8864 3076

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50299809

Paciente: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

Mãe: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO ROSA NOVA, Nº 0 - ZONA RURAL - CABROBÓ/PE - 56180

CNS: 162216461630001

Doc. Identificação: 5811194

Nasc.: 08/03/1979

Idade: 36

Telefone: (87) 91545587

Telefone:

(87) 9160-5057

Classificação de Risco / Anamnese

OK

Hora de início da Triagem: ____ : ____

TRAUMA	ESTADO GERAL	EXTREMIDADES
☒ Acidente de Trânsito	☐ Bom	☐ Bem Perfundidas
☐ Acidente de Trabalho	☐ Regular	☐ Mal Perfundidas
☐ PA Branca	☐ Precário	
☐ PAF	☐ Hidratada	
☐ Violência	☐ Desidratada ____ /4+	
☐ Outros	☐ Aclanóticas	
	☐ Cianóticas ____ /4+	
	☐ Hipocoradas	
	☐ Anictéricas	
	☐ Ictéricas	

QUEIXA PRINCIPAL: *Michella Mendes Pereira*
Assistente Administrativo
VIA VAS / EBSERH
87 2101-6500

SINAIS VITAIS
Pressão Arterial: *15/9* mmHg FC: ____ min.
T= ____ °C Freq. Resp.= ____ Rpm

PUPILAS
☐ Isocóricas e fotoreagentes
☐ Anisocóricas

RNM cervical 26/05 Vermelho

Data/Hora do Término da Triagem

Enfermeiro/Coren

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente regularizado no Cabrobo - PE com hist
ria de acidente de trânsito em 20/01/2021. *an ten.*
Referindo déficit neurológico (hemiplegia).
A. Voz alterada, rouca, + calor e prurido.
B. Respirando espontaneamente.
C. Sem sinais de choque.
D. glosseu 10 (44511). Hemiplegia.
E. Perda de consciência em PE.
CP: Solicito TC de coluna cervical e torácica.
Alto do Cirurgião Geral.
Ass. Paciente: *Assessoria de Neurologia.*

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 26/05/2021

Hora: 10:24



Num. 73793769 - Pág. 55

HD: 1-TRM (Friedrich Anstalt)

Presidência:

HU - UNIVASE
 CONFERENCE.COM
 Date: 3/26/2011

- Di: Brodo Fortigeli
St. M. Neuenburg
CR 100-PE-20-979

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010244517200000072333327>
 Número do documento: 21012010244517200000072333327



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n - centro - Petrolina-PE- CEP.56.304-205

TERMO DE AUTORIZAÇÃO
DE TRAQUEOSTOMIA

Eu, Luizmaide Gonçalves dos Santos, portador de
RG 2.794.000, na condição de mãe do paciente
Gilvan Gonçalves dos Santos e estando ciente do estado de saúde do mesmo, fui
esclarecido a respeito dos riscos e benefícios para Traqueostomia do paciente, pelo médico
assistente, e autorizo tal procedimento, na condição de ser parente mais próximo.



Michel Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSETH
HU UNIVASF 210.2049

Luizmaide C dos Santos
Assinatura

Petrolina-PE, 20 de maio de 2015.

Testemunhas _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçuba, s/n - centro - Petrolina-PE- CEP.56.304-205

NOME: <u>Gilvan Honorato de Santos</u>		PRONT: BOX L
DIAGNOSTICO: <u>1) Tumor / 2) TRM</u>		DATA CIRURGIA: <u>27/01/2021</u> HORA: 17:30HS
PROCEDIMENTO: TRAQUEOSTOMIA		
CIRURGIÃO: DR. <u>Agostinho</u>	ANESTESISTA: O MESMO	
1º AUX.: DRA FELIPE	2º AUX.	
ANESTESIA: LOCAL + SEDAÇÃO		
1. PACIENTE EM DDH; SEDADO COM MIDAZOLAM 7,5MG E FENTANIL 2ML EV 2. ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS 3. BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL 4. INCISÃO VERTICAL DE APROXIMADAMENTE 04 CM E ABERTURA POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA TRAQUEIA. 5. INCISÃO DA TRAQUEIA NO 3º ANEL TRAQUEAL, INCISÃO LONGITUDINAL. 6. EXERESE DO 3 ANEL TRAQUEAL ANTERIORMENTE 7. INTRODUÇÃO DE TRAQUEÓSTOMO Nº 8,0 SEM INTERCORRÊNCIAS. 8. FIXAÇÃO DO TRAQUEÓSTOMO COM FITA DISPONIBILIZADA PELO FABRICANTE. 9. CURATIVO LOCAL 10. SPO2 97% APÓS TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.		

Dr. Felipe Almeida de Oliveira
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM-BA 23214
CRM-PE 12003

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - EBSEERH
CNPJ: 17.000.000/0001-91

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 15/08/2021



Sumário de Alta

folha: 1 / 3

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Gilvan Gonçalves Dos Santos
Idade: 37 anos 3 meses Sexo: Masculino
Data internação: 26/05/2015 Data Alta: 15/06/2016
Convênio: Sus
Equipe responsável: Tiago Gomes Pires
Hu Univasf

Prontuário: 5029980/9
Leito: 1071
Permanência: 386 dias

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
outros traumatismos e os não especificados da medula cervical (s14.1)
Diagnóstico principal na Alta
Outros traumatismos e os não especificados da medula cervical (S14.1)

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF
DIARIE: 215.7982

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos
18/11/2015 TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL
05/09/2015 Fisioterapia Respiratória
24/08/2015 Fisioterapia Motora

HU - UNIVASF
CONFEREZ COM 06/06/2016

4. EVOLUÇÃO

#ID: GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS, 37 ANOS (DN: 08/03/1979). 387° DIH (INTERNAÇÃO: 26/05/15)
REGISTRO: 50299809

- HD: 1. TRM CERVICAL (25/05/15) COM FRATURA DE C3;
2. TETRAPARESIA DOS MEMBROS SEC A P1;
3. DEPRESSÃO;
4. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA / VM;
5. CHOQUE HEMODINÂMICO-SÉPTICO DE FOCO PULMONAR + NEUROGÊNICO - SUPERADO;
6. ITU - SUPERADA;
7. SEPSE DE FOCO PULMONAR - SUPERADA;
8. DESNUTRIÇÃO GRAVE.

HDA: PACIENTE ADMITIDO NO SERVIÇO DIA 26/05/15, REGULADO DE CABROBÓ-PE, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 01 DIAS DA ADMISSÃO, APRESENTANDO DÉFICIT NEUROLÓGICO (TETRAPLEGIA). REALIZOU TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL QUE EVIDENCIOU FRATURA DE C3 E FOI AVALIADO PELA EQUIPE DE NEUROCIRURGIA, QUE IDENTIFICOU TRM CERVICAL COM FRATURA INSTÁVEL DE C3, SEM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DEVIDO À DEPENDÊNCIA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. PACIENTE EVOLUIU EM UTI INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM DIFÍCIL DESMAME DA VM EM USO INTERMITENTE DE CPAP, DIA 04/09/15. FOI ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA, ONDE EVOLUIU COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA APÓS TRÊS DIAS, ASSOCIADO A DISÚRIA, DOR EM HIPOGÁSTRIO E UM PICO FEBRIL, SENDO ENCAMINHADO À SALA AMARELA E INICIADA ANTIBIOTICOTERAPIA, COM MELHORA POSTERIOR DO QUADRO CLÍNICO. AO DIA 11/09/15 FOI AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA, QUE CONTRAINDICOU O TRATAMENTO CIRÚRGICO, DEVIDO AO TEMPO DO TRAUMA, PRESENÇA DE INFECÇÕES E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, INDICANDO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE FOI ENTÃO NOVAMENTE ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA AO DIA 03/10/15, ONDE EVOLUIU ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AGUARDANDO VAGA EM HOSPITAL COM LEITO DE RETAGUARDA EM CABROBÓ-PE PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. EVOLUIU COM PIORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO ENCAMINHADO À SALA VERMELHA PARA ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO. ADMITIDO POSTERIORMENTE NA SALA AMARELA, AO DIA 12/11/15, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, PARA CONDUÇÃO DO QUADRO. EVOLUIU COM PICOS FEBRIS E QUEIXA DE DISÚRIA, SENDO INICIADO CEFEPIME APÓS SUMÁRIO DE URINA CONFIRMANDO ITU EM 01/02/16. PACIENTE ENCONTRAVA-SE EM USO DE VM SOB TRAQUEOSTOMIA, MANTENDO-SE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE,

HU - UNIVASF
EBSERH

Sumário de Alta

Identificação

Gilvan Gonçalves Dos Santos

Leito: 1071

Carlos Souza
Médico
CRM: 19256

5029980/9

MPMR_SUMARIO_ALTA 15/06/2016 10:38:28 13167-17771-1

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:24:45
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010244517200000072333327
Número do documento: 21012010244517200000072333327

Num. 73793769 - Pág. 58

Sumário de Alta

folha: 2 / 3

PORÉM EVOLUINDO COM NOVO QUADRO SÉPTICO. FOI INICIADO TRATAMENTO COM POLIMIXINA B NO DIA 13/04/16, PORÉM CURSOU NO FINAL DO TRATAMENTO COM NOVA LEUCOCITOSE + HIPOTENSÃO + PICO FEBRIL (39,5°C). CONVERSANDO COM CCIRAS QUE ORIENTOU COMEÇAR ANTIBIÓTICO BASEADO NA ÚLTIMA CULTURA POSITIVA. COMO APRESENTOU CULTURA DE ASPIRADO TRAQUEAL POSITIVA PARA MORGANELLA MORGANI, FOI INICIADO PIPERACILINA-TAZOBACTAM BASEADA EM ANTIBIOGRAMA. FEITO RELATÓRIO MÉDICO SOLICITADO PELA PROMOTORIA PÚBLICA PARA VIABILIZAR MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR. UROLOGISTA SUGERIU SVD DE 15/15 DIAS/CATETERISMO INTERMITENTE E AVALIOU QUE ESTUDO URODINÂMICO NÃO É FAVORÁVEL AO CASO DEVIDO A BEXIGA NEUROGÊNICA, NÃO SENDO INDICADA INTERVENÇÃO PARA CORREÇÃO DE ALTERAÇÕES DO TRATO URINÁRIO. A EQUIPE DO HOME CARE AVALIOU O CASO, SINALIZANDO POSITIVIDADE PARA INTERNAMENTO DOMICILIAR. PACIENTE EVOLUIU COM FIM DA ANTIBIOTICOTERAPIA COM POLIMIXINA B (ANTIBIÓTICO RECOMENDADO PELA CCIRAS), SEM PICOS FEBRIS, HIPOTENSÕES OU OUTRAS INTERCORRÊNCIAS. EQUIPE DE HOME CARE LIBEROU TRANSFERÊNCIA PARA CUIDADOS DE HOME CARE AO DIA 15/06/16, ESTANDO, O PACIENTE, COM STATUS FUNCIONAL SUFICIENTE PARA REALIZAÇÃO DA MESMA. PROCEDO ALTA HOSPITALAR PARA CUIDADOS EM HOME CARE.

Medicamentos Atuais: 1. ENOXAPARINA 40mg, 1x/dia;
2. FLUOXETINA 20MG/DIA
3. NBZ SF 0,9%
4. INSULINA CONFORME HGT
5. OMEPRAZOL 20MG VO;
6. DIMETICONA 40GTS, 4/4H;
7. DAPIRONA SN

FEZ USO: 1. LEVOFLOXACINO D8;
2. CEFTRIAXONA D7;
3. CEFEPIME D10;
4. MEROPENEM D7;
5. AMICACINA D7;
6. PIPERACILINA-TAZOBACTAN D7;
7. VANCOMICINA D7;
8. CEFEPIME D7;
9. AMPICILINA-SULBACTAM D8;
10. POLIMIXINA B D4;
11. MEROPENEM D7;
12. POLIMIXINA B D10;
13. PIPERACILINA-TAZOBACTAN D7;
14. AMIDULAFUNGINA D14;
15. POLIMIXINA B D14.

EM USO: 1. SNE;
2. TQT;
3. VM MODO CPAP/BPAP - USO INTERMITENTE;
4. UROPEN.

DE: PAS: 100-120 mmHg
PAD: 70-80 mmHg
Tax: 35,7-36,9 °C
HGT: SEM REGISTRO mg/dL

DS: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM DISTURBIOS, RESPIRANDO SOB TQT + VM MODO BIPAP. RESTRITO AO LEITO, CONTACTUANTE. DIETA VIA Sonda COM BOA ACEITAÇÃO. DIURESE PRESENTE, VIA UROPEN. EVACUAÇÕES E FLATOS PRESENTES. SEM INTERCORRÊNCIAS NOS ÚLTIMOS DIAS.

#AO EXAME FÍSICO: EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIPOCORADO +1/4+, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TOQUE, CAQUÉTICO.
- ACV: RCR, EM 2T, BNF SEM SOPROS. FC: 92 BPM.

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 5/06/2016

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - EBSEERH
01/06/2016

Carlos Souza
Médico
CRM 18736

HU UNIVASF
EBSEERH

Sumário de Alta

Identificação

Gilvan Gonçalves Dos Santos

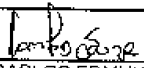
Leito: 1071

5029980/9

MPMR_SUMARIO_ALTA 15/06/2016 10:36:28 13167-17771

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).



Sumário de Alta	
folha: 3 / 3	
- AR: MV+ EM AHT, S/RA. FR: 36 IRPM (VM/BIPAP). - ABD: PLANO, POUCO DISTENDIDO, FLÁCIDO, RHA+, SEM VMG OU MASSA PALPAVEL. TIMPÂNICO. - NEURO: GLASGOW 15T (O: 4 / V: 5 TQT / M: 6). CD: 1. ALTA HOSPITALAR PARA CUIDADOS EM HOME CARE.	
5. PLANO PÓS-ALTA	
Motivo da Alta Alta médica Recomendações da Alta Atendimento domiciliar	
6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA	
Melhorado	
15/06/2016, 10:38 h. Carlos Souza Médico CRM: 19256	 Dr. CARLOS EDMUNDO OLIVEIRA SOUZA CREMEPE 019256

HU - UNIVASF
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 16/06/2016

Michelle Mendes Pereira
 Assessor Administrativo
 HU UNIVASF / EBSEERH
 15/06/2016

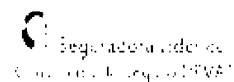
 Sumário de Alta	Identificação
	Gilvan Gonçalves Dos Santos Leito: 1071 5029980/9

IMPRESSÃO SUMÁRIO ALTA 15/06/2016 10:38:28 13187-17/21-1

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19
Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 007.986.104-09
CPF de: Próprio
Data do acidente: 25/05/2015
Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS : 493.982.615-53

Documentos de identificação

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS
CPF: 684.328.524-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

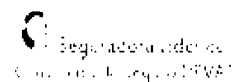
Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019396/19

Número do Sinistro: 3190040410

Vítima: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

CPF: 007.986.104-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/05/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVAN GONCALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS : 684.328.524-49

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS
CPF: 493.982.615-53

JOAO CAVALCANTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do Seguro DPVAT: **3190040410** 3 - CPF da vítima: **007.986.104-09** 4 - Nome completo da vítima: **GILVAN GONÇALVES DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **IVANEIDE GONÇALVES DOS SANTOS** 6 - CPF: **684.328.524-49**
7 - Profissão: **APOSENTADA** 8 - Endereço: **FAZENDA ROÇA NOVA** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: **CABROBO**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **TERRA NOVA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56190-000**
15 - E-mail: **LUCIANO.ADV.DJL@GMAIL.COM** 16 - Telefone: **(87) 9 9100 7009**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, haver recebido toda a informação e autorizo o preenchimento do formulário (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RENDIZADORIA ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 ATE R\$ 2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 ATE R\$ 2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para quem não possui conta poupança)

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

☐ CONTA CORRENTE (somente para quem possui conta corrente)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **3491**

CONTA: **3215**

9

AGÊNCIA:

CONTA:

Informação para o banco:

Informação para o banco:

Informação para o banco:

Informação para o banco:

Autorizo a Seguradora a utilizar a informação fornecida para a indenização, bem como a utilizar a informação para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilizar a informação para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilizar a informação para a contratação de outros produtos de seguro.

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

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

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

Requerimento de indenização por invalidez permanente apresentado pelo beneficiário do Seguro DPVAT por invalidez permanente, bem como a utilização da informação para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilização da informação para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilização da informação para a contratação de outros produtos de seguro.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: **23/06/2016**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **MAE**

26 - Vítima é de seu ou com parentesco? ☐ Sim ☒ Não

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

28 - Idade: ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☒ Não

30 - Vítima possui filhos? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima é solteira? ☒ Sim ☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar: ☐ Sim ☒ Não

33 - Vítima de sexo: ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora pode utilizar a informação fornecida para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilização da informação para a contratação de outros produtos de seguro, bem como a utilização da informação para a contratação de outros produtos de seguro.

34

35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição:

37 - Assinatura de quem assina a seguinte petição:

38 - 1º Nome: **LUCIANO ALVES DOS SANTOS**

CPF: **054.973.854-19**

[Assinatura]

Assinatura da testemunha:

39 - 2º Nome: **EVANEIDE AMANDO DA SILVA**

CPF: **985.480.004-06**

[Assinatura]

Assinatura da testemunha:

40 - Local e data: **CABROBO/PE, 19 DE NOVEMBRO DE 2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

44 - Assinatura do Produtor de Seguro (se houver):

FP5.001/1.0007/0019



TABELA EXIBICION DE FOLHAS
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

Caixa Econômica Federal - Atendimento ao Cidadão - Caixa Econômica Federal



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:	06/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	6.750,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANEIDE GONCALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03491

CONTA: 000000003215-9

Nr. da Autenticação 4957B4B5A217874A

