

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUATORZENAS, CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETAN - PE		Nº 013434865917		PE Nº 013434865917 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO EUDENCIAMENTO DE VEÍCULO					
PLA	COO/PLAVAM	PLA/HC	DESCRIÇÃO		
1	1005304921	*****	2017		
JOSEANE MARIA DA SILVA					
CARUARU - PE					
061-367-744-04		PCV7804		0	
PLATEAU 4P / 9E		9C2KD0810GR203127		CARURU - PE	
HONDA / NXR 160 BR 03 E3DD		COMBINACIONES		CARURU - PE	
CAP / NOV/01		ANO/FAB		CARURU - PE	
2P / 162CL		2016		CARURU - PE	
CATEGORIA		COR PRINCIPAL/SECUNDÁRIA		CARURU - PE	
PARTIC		VERMELHA		CARURU - PE	
CATEGORIA		VERMELHA		CARURU - PE	
IPVA 2017 QUITADO		VIN/COD. CHASSIS		CARURU - PE	
P		FABRICANTE/ID. FABR.		CARURU - PE	
V		1		CARURU - PE	
A		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
PRÉVIO VALOR DO SEGURO		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
SEGURADA		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
A.U. FID. 30W CONC NAC HONDA LTDA		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
CARUARU		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
AUG 2017		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
DATA		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	
01/07/17		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARURU - PE	

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR		EXPIRAÇÃO		DATA EMISSÃO	
SAC DPVAT 0800 022 1204		2017		01/07/17	
CARURU - PE		UF/ UNI.		PLACA	
1		061-367-744-04		BCV7804	
HONDA/NXR160 BR 03 E3DD		ANO/FAB		MARCA/MODELO	
2016		2016		HONDA/NXR160 BR 03 E3DD	
CATEGORIA		COR PRINCIPAL/SECUNDÁRIA		ANO/FAB	
PARTIC		VERMELHA		2016	
IPVA 2017 QUITADO		VIN/COD. CHASSIS		IPVA 2017 QUITADO	
P		FABRICANTE/ID. FABR.		P	
V		1		V	
A		VALOR TOTAL DO SEGURO		VALOR TOTAL DO SEGURO	
PRÉVIO VALOR DO SEGURO		VALOR TOTAL DO SEGURO		PRÉVIO VALOR DO SEGURO	
SEGURADA		VALOR TOTAL DO SEGURO		SEGURADA	
A.U. FID. 30W CONC NAC HONDA LTDA		VALOR TOTAL DO SEGURO		A.U. FID. 30W CONC NAC HONDA LTDA	
CARUARU		VALOR TOTAL DO SEGURO		CARUARU	
AUG 2017		VALOR TOTAL DO SEGURO		AUG 2017	
DATA		VALOR TOTAL DO SEGURO		DATA	
01/07/17		VALOR TOTAL DO SEGURO		01/07/17	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.345.600/0001-04

Charles Andress Souza Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE
Este bilhete é válido para o seguro DPVAT.
Para mais informações, leia o verso.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194999 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM 04.02.2018.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO FEMUR ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS EM 22.03.2018. CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 50%. MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO NORMAIS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO

CRM do médico: 6172

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194999 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194999 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM ATUAIS, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.
EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194999 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194999 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM 04.02.2018.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO FEMUR ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS EM 22.03.2018. CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 50%. MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO NORMAIS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO

CRM do médico: 6172

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Josiane Maria da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8381616, expedido por SDS-PE, em
25/09/2007 inscrito no CPF sob o nº 081-367.744-04, residente na
R- das Cabras, nº 512,
complemento Zona Rural, bairro sítio cipo, cidade
Caruaru, Estado PE.

2. Outorgado José Antônio da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 0042013, expedido por SDS-PE, em
22/08/2017 inscrito no CPF sob o nº 044.516.374-73, residente na
R- das Cabras, nº 512,
complemento Zona Rural, bairro sítio cipo, cidade
Caruaru, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Caruaru, 07 de março de 2018.

Outorgante Josiane maria da Silva

DOCUMENTO
ORIGINAL

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
Notary da Silva, Reis - TABLÍA
PRAZO DE AUTENTICAÇÃO: 07/03/2018 - 10:00:00 - 10:00:00 - 10:00:00 - 10:00:00



05.802.494/0001-6

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURO VIDA

30 ABR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL.
Bela Vista - CEP: 50.055-010

RECONHECIDO, por autenticidade a(s) firma(s) da(s) JOSIANE MARIA DA SILVA, nascimento 07/09/1973, A/R 02201803.04945, d.o.u.f.e., CARUARU, 07/03/2018 10:00:42

Em testamento da verdade

Josefa Gato e Silva

Envolvimentos R\$3,99 - TMR R\$0,90 Total a Pagar R\$4,89 - Oper. G.R.I.

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autentica

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152948/18

Número do Sinistro: 3180194999

Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA

CPF: 710.528.054-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2018

Titular do CPF: GLEYSON MARCIO DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 26/10/2018
Nome: JOSE ANTONIO DA SILVA
CPF: 044.516.374-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

JOSE ANTONIO DA SILVA

Jose Soares da Silva Filho

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152948/18

Número do Sinistro: 3180194999

Vítima: GLEYSON MARCIO DA SILVA

CPF: 710.528.054-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2018

Titular do CPF: GLEYSON MARCIO DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 22/09/2018
Nome: JOSE ANTONIO DA SILVA
CPF: 044.516.374-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

JOSE ANTONIO DA SILVA

Jose Soares da Silva Filho

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180194999**

Vitima: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ANTONIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180194999**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180194999**

Vitima: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ANTONIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180194999**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180194999**

Vitima: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ANTONIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180194999**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180194999**

Vitima: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ANTONIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180194999**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Sinistro: **3180194999**

Vítima: **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ANTONIO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180194999** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180194999**

Nome do(a) Examinado(a): **GLEYSON MARCIO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS CABRAS nº 0 - ST CIPÓ - CARUARU/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 10095521 - SSP**

Data e local do acidente: **04/02/2018 CARUARU/PE**

Data e local do exame: **06/11/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM 04.02.2018

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO FEMUR ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS EM 22.03.2018.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 50%. MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO NORMAIS.

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

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

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO CRM:6172/PE


Araken Almeida
Médico Perito
CRM:6172/PE

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

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 a 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 (Pal, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pal, 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

750.528.054.93

Nome completo da vítima

Gleyson Mírio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Gleyson Mírio da Silva	CPF titular da conta	750.528.054.93	Profissão	ocorren - se
Endereço	Rua das Caldas	Número	511	Complemento	Cipo
Bairro	Centro Cipo	Cidade	Caruaru	Estado	PE
Email				CEP	55026-490
			1800 7307-6124	Telefone (DDU)	(81) 9220-2519

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 Nº.	D/V	CONTA Nº.	D/V
[]	[]	[]	[]
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	Banco Bradesco 237		
AGÊNCIA Nº.	D/V	CONTA Nº.	D/V
[]	[]	[]	[]
(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.

Gleyson Mírio da Silva

Local e Data

05.802.494/0001-41
AÇÃO CORRETORA
PR FERREIRA LTDA

30 ABR. 2013

Gleyson Mírio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gleyson Mírio da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90^aCIRC
 DINTER1/14^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180000577**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/03/2018** às **12:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/2/2018 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, RETORNO DE ACESSO A BR 104 - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: AGAMENON MAGALHAES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ANTONIO DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
 G.M.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

**DOCUMENTO
ORIGINAL**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANTONIO DA SILVA**

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

JOSE ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONETE MARIA DE MENEZES SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **2/6/1980** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6042013/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: - 992202519

Residencial: **AVENIDA JOÃO JOSE CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 353 - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

05.802.494/0001-41

INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DE SEGUROS LTDA

JOSIANE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

G.M.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSIANE MARIA DA SILVA** Pai: **MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **26/3/2002** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10095521/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: - 973076124

Residencial: **AVENIDA JOÃO JOS CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE**

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

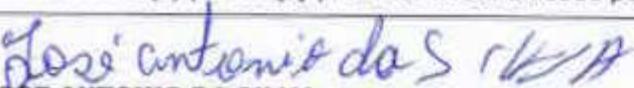
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIANE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANTONIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV7804** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KD0810GR203127**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **NXR 160 BROS**

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE É PADASTRO DA VITIMA, QUE SEGUIA GUIANDO SEU VEICULO ACIMA CITADO, SENTIDO AGRESTINA, COM A VITIMA ACIMA CITADA NO BAGAGEIRO, QUANDO FORAM FECHADOS POR OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO, PERDERAM O CONTOLE E CAIRAM NA VIA, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU/PE, SOFREU FRATURA NA Perna E NO FEMUR DO LADO ESQUERDO. AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO NO MESMO HOSPITAL.

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


JOSE ANTONIO DA SILVA
(NOTICIANTE)

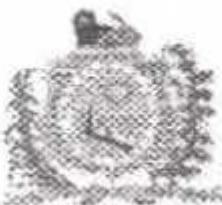
B.O. registrado por: **LUCIANO SOARES DOS SANTOS** - Matrícula: **221470-9**



**DOCUMENTO
ORIGINAL**

05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
WIF/PP



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0180001640

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/07/2018 às 09:41

Complementa o BO Número: 18E0180000577

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/2/2018 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: BR 232, RETORNO DE ACESSO A BR 104 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ANTONIO DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
GLEYSON MARCIO DA SILVA (VITIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

Rua da Aurora, nº: 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ANTONIO DA SILVA

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

JOSE ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVONETE MARIA DE MENEZES SILVA Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 2/9/1980 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 6642812/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 882282812

Residencial: AVENIDA JOÃO JOSE CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 383 - DEP: 6 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo:

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/.infopol/xml/BOEPreview...

JOSIANE MARIA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

GLEYSON MARCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOSIANE MARIA DA SILVA Pai: MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA Data de Nascimento:
28/3/2002 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10000521/SDS/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Telefones Celulares:
- 973076124

Residencial: AVENIDA JOÃO JOS CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo
a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 353 - CEP: 5 - Bairro: PETROPOLIS -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIANE MARIA DA SILVA**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANTONIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Mé**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV7884** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **0G3KD0818QR202127**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **NXR 160 Bros**

Complemento / Observação

**INFORMA O NOTICIANTE QUE É PADASTRO DA VITIMA, QUE SEGUIA GUIANDO SEU
VEICULO ACIMA CITADO, SENTIDO AGRESTINA, COM A VITIMA ACIMA CITADA NO
BAGAGEIRO, QUANDO FORAM FECHADOS POR OUTRO VEICULO NÃO
IDENTIFICADO, PERDERAM O CONTROLE E CAIRAM NA VIA, A VITIMA FOI
SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM
CARUARU/PE, SOFREU FRATURA NA Perna E NO FEMUR DO LADO ESQUERDO.
AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO NO MESMO HOSPITAL.**

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

**JOSE ANTONIO DA SILVA
(NOTICIANTE)**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

GLEYSON MARCIO DA SILVA

B.O. registrado por: **LUCIANO SOARES DOS SANTOS** - Matrícula: **221478-9**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/Desktop/xml/BOEPrevia...



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 90º CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0180001640

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/07/2018 às
09:41

Complemento o BO Número: 18E0180000577

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 4/2/2018 às 00:30

Fato ocorrido na estrada BR 223, RETORNO DE ACESSO A BR 104 -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a MUNICÍPIO DE CARUARU - I -
Bairro: AGARENHOM MARALHARES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local do Fato: ESTRADA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ANTONIO DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
GLEYSON MARCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse
do(a) Sítio: JOSE ANTONIO DA SILVA



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

JOSE ANTONIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: M Masculino Nasc. IVONETE
MARIA DE MEDEIROS SILVA P/ ANTONIO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento
2/6/1980 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRAZIL Documento: 40426637/SDS/PE
(RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escalafone: 1º, GRAU INCOMPLETO Professor
MOTOTAXISTA Telefone: Celular: 852262318

Residência: AVENIDA JOÃO JOSE CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 283 - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Nascida: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL

JOSIANE MARIA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo Feminino / Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

GLEYSON MARCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo Masculino / Mas
 JOSIANE MARIA DA SILVA / MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA Data do Nascimento: 26/9/2002 Naturalidade CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 40000000000000000000
 (RG) Estado Civil SOLTEIRO(A) Escolaridade 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão ESTUDANTE
 Telefone(s) Celulares: - 872676124

Residencial AVENIDA JOÃO JOSÉ CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE CARUARU, 382 - CEP: 5 - Bairro: PETROPÓLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade de(s) Sr(a). JOSIANE MARIA DA SILVA, que esteve em posse da(s) Sr(a). JOSE ANTONIO DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/MONDAJIM Objeto apreendido: M&M Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: P0V7884 (PERNAMBUCO/CARUARI) Chassi: 903RDS8180R262127
 Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ÁLCO/GASOL
 Descrição: M&M 150 EROS

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE É PADASTRO DA VITIMA, QUE SEGUIA GUIANDO SEU VEÍCULO ACIMA CITADO, SENTIDO AGRESTINA, COM A VITIMA ACIMA CITADA NO IDENTIFICADO, PERDEERAM O CONTROLE E CAIRAM NA VIA, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU/PE, SOFREU FRATURA NA Perna e NO FEMUR DO LADO ESQUERDO, AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO NO MESMO HOSPITAL.

07 AGO 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

JOSE ANTONIO DA SILVA
 (NOTICIANTE)

GLEYSON MARCIO DA SILVA
 (VITIMA)

XGleyson marcio da Silva
 S.O. registrado por: LUCIANO SOARES DOS SANTOS - Matrícula: 260370-8



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Gleyson Mário da Silva

CPF da Vítima

730.528.054-93

Data do Acidente

04.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Gleyson Mário da Silva

CPF do Representante legal

730.528.054-93

Email

Telefone (DDD)

9258-3087/9662-1814

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

05.802.494/3001-41

TRAÇÃO CURVA FIA
PEREGRINA CITTA

Caruaru - PE, 02 de abril de 2018

Local e Data

3 g Abril 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Bonfista - CEP 50.060-010

Gleyson Mário da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X Jairine Mário da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) GLEYSON MARCIO DA SILVA CPF-710.528.054-93 e RG-10.095.521 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1802040073 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 04/02/18 às 06h e 47min, no endereço BR 232 SENTIDO AGRESTINA, CARUARU/PE, com queixa de QUEDA DE MOTO tendo sido enviada as a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestaram atendimento a vítima no local, sendo transportada para o HRA. Esta declaração foi entregue a Sr^a JOSIANE MARIA DA SILVA (MÃE) CPF-081.367.744-04 e RG-8.381.616.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 27 de fevereiro de 2018

Tiago Acioli,

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41

TRÂMPIO CORTE FOLHA

28/02/2018

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste em 28/02/2018

3º ABR. 2018

Josiane maria da silva

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Bau Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYSON MARCIO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06345-2

CONTA: 000000015227-7

Nr. Autenticação

BRADESCO09112018050000000002370634500000015227168750 PAGO



Zentrale Sozialen Dienste Bremen: Ortskarte postal 104.438, die 26.04.2013

COMPAGNA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Bala Vida, Recife, Pernambuco - CEP 50000-992

Engineering Licensee ID: 00000000000000000000

CPE 588.447 384-20 HIS 12856433470

BITIO CIPÓ CIPÓ
CARUARU PE
MCEM-40

CLASSIFICAÇÃO
BT PRÁDICOIAL
BAIXA PENDA COM NPI
MATERIAL

Nº DA NOTA FISCAL 00100000000000000000	SENTE UNLA	EMISSÃO 18/12/2017
APRESENTAÇÃO 18/12/2017	Nº DO CLIENTE 10000000000000000000	Nº DA INSTALAÇÃO 010252

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
7020588274	12/2017
DATAS DE VENCIMENTO	DATAS PAGAMENTO FOLHADA LUTA
26/12/2017	18/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$	30,79

Consumo Ativo ate 30 kWh.
Consumo Ativo superior a 30 ate 150 kWh.
Avisacima Bandeira VERMELHA
Combustível Kerosene de Putrescência
Multas por atraso-UF 001798917 - 12/10/17
Juros por atraso-UF 001798912 - 13/10/17
Aviseacima UF 001798912 - 12/10/17

A NOTA FISCAL		
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,17393804	5,18
09,000000	0,39641036	20,41
		2,08
		2,45
		3,37
		6,72
		0,04

前言 THE FEATURES

- 30 -

MEMORANDUM COMMUNICACIONES DIFUSAS

ANSWER

Este documento é de propriedade da Universidade. Não pode ser copiado, reproduzido ou armazenado sem autorização. Pode ser citado e citado em outras publicações com a devida citação ao autor e à fonte. Fazendo uso indevido desse documento, o usuário poderá ser sujeito a punição disciplinar e/ou penal, conforme o art. 10, § 3º, do RGCB/UFSC. As normas de uso e armazenamento de documentos digitais da UFSC podem ser consultadas no site www.ufsc.br/rgcb/.

www.ijerph.org | ISSN: 1660-4601 | DOI: 10.3390/ijerph-11-03333 | Published: 10 January 2014

www.earthobservatory.nasa.gov/ISS/ISS.html
ISS Home Page

Declaro que le he presentado al jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos y al director de la UICN, una copia de este documento en su versión finalizada, en el idioma inglés, en el año 2004. La información contenida en este documento es de uso exclusivo de la autoridad o agencia de protección ambiental que lo ha emitido. No se permite su divulgación ni su uso para fines distintos a los establecidos.

www.ijerph.org

05.802.494/0001-4
TRIAGÃO CORREIÔNA
DESENVOLVIMENTO

30 APR 2013

Rua da Autosa, Nº 175, S. 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



Tutoria Sector de Energía Eléctrica: Crédito punto LaFTQ.0008, de 26/09/2023

NOTA-FISCAL - FATURA - CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bic-Vila, Recife, Pernambuco - CEP 50030-903

**ENFERMEDADES DE CONSOLIDACIÓN
RESPIRATORIA**

CP9 580 447 994-30 NDS 12896453474

SITIO CIPÓXICO
CARUARU PE
5520-120

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
MIGRANTE

CONTA CONTRATO: 7020888274 | MÊS/ANO: 12/2017
 DATA DE VENCIMENTO: 28/12/2017 | DATA PRÉVIA PAGAMENTO: 16/01/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$): 30,79

Nº DA NOTA FISCAL 0018602563	Nº DO NFCA	EMISSÃO 16/12/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE www.vt.com.br	Nº DA INSTALAÇÃO 410554

DESG

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,17290604	5.18
50.000000	0,295841835	30,45

THE ORGANIC

九

ANEXO 2: ESTIMATIVO DE CONSUMO DE ROTA MOTA FIBCA

ANALISIS DE LOS DEDICADOS		ANALISIS DE LOS INTEGRANTES			CANTIDADES DE LOS INGREDIENTES	
MATERIAL	UNIDAD	NOMBRE	UNIDAD	VALOR DE IMPUESTO	UNIDAD	VALOR DE COSTO
DEZ 17	kg					
AGU 17	kg	ADMIS	kg	0,00	kg	0,00
OCT 17	TZ	PD5	kg	0,00	kg	0,00
MAR 17	%	COTINS	kg	1,15	kg	1,15

「執行の問題は、各組織の組織力と体制力の問題」

Este resultado indica que a estrutura de rede é mais densa para os indivíduos que vivem em ambientes rurais. O Censo de 2010 demonstra que há uma menor densidade de redes entre os moradores das cidades e que a maior densidade de redes é encontrada entre os moradores das zonas rurais. Aproximadamente 70% dos moradores das zonas rurais vivem em comunidades com menos de 100 habitantes, enquanto que 40% dos moradores das cidades vivem em comunidades com mais de 100 mil habitantes.

[View Details](#)

05.802.494/3001-4
TRAÇÃO CORRETA
em sessões itárias

3 de ABR. 2017

Rua da Amizade, 101 125-51-502-81-6

Bon Vista - CEP-50.000-010

becm.net



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível na endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu José Antônio da Silva inscrito (a) no CPF sob o N044.516.374-73, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleyson Márcio da Silva inscrito (a) no CPF sob o N710.518.054-93, do sinistro de DPVAT cobertura valida da Vítima Gleyson Márcio da Silva inscrito (a) no CPF sob o N710.528.054-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

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

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

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua das Cabras</u>	<u>Sítio Lipó</u>	<u>Caruaru</u>	<u>571</u>	<u>PE 55026-490</u>

Caruaru - PE, 01 de abril de 2018
Local e Data

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF/PE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Josiane Maria da Silva,

RG: 8381616, data de expedição 25/09/2007

Órgão SDS-PE, portador do CPF 081.367.744-04, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
R- das Enbras, nº 5/N

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Gleison Manoel da Silva, cujo o conduto era José Antônio da Silva.

Veículo: Pan / motocicleta

Modelo: Honda INXR 160 Brás ESDP

Ano: 2016

Placa: PEV 7804

Chassi: 9E2K D0810GR 203127

Data do Acidente: 01.02.2018

Local e data do cartório: Paraná, 03/03/2018

05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETIVA
DESTRUÍDOA

Assinatura do Declarante

3 n ABR. 2013

Boca Vista - CEP-50.060-010

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

Obs: Reconheço, firmo e assino que o documento

SEGUNDO SERVICIO NOTARIAL E PROTESTO DE CARIJARU - PE
NOTARIALE SERVICE DE CARIJARU - PE
 PRA LUGACAO PESSAL - DCTRO - 05700-000 - TEL/FAX: (81) 321-4051 / 321-4052 - FAX: (81) 321-4052
 RESENHEDO, por autenticidade a(s) firma(s) das JOSEINE MARIA DA SILVA sele:0077073, NAI102201803,04871
 e JOSE ANTONIO DA SILVA sele:0077073, PS207701803,04872
 dou fe. CARIJARU, 07/03/2018 10:20:56
 Es testemunha da verdade 
 Joseine Seni e Silva
 Encargos R\$2,98 TSNR R\$1,00 Total a Pagar R\$3,98 Oper. ANFAELA
 66 Consulte outras informações em: www.tjpe.jus.br/notaristas



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) GLEYSON MÁRCIO DA SILVA,
Encontra-se internado, desde o dia, 04/02/2018.
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 313.272

1.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 05 de Março de 2018.


HELENO PEREIRA DO NASCIMENTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE FENOMS LTDA

3 g ABR. 2013

DECLARAÇÃO

Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
PE/BR



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

(a destade)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GLEYSON MARCIO DA SILVA
Dta Nasc.: 26/03/2002 Idade: 15 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
CPF: RG: CNS: 898002323018578
Endereço: SITIO CIPO
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU
CEP: 55028458 Fone: 992202519
Nome da Mãe: JOSIANE MARIA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 387187

Prontuário: 313272

05.802.494/01

05.802.494/01 CORRETOKA

05.802.494/01 DE SEGUROS LTDA

Nº: 0

Estado: PE

22 SET 2012

Rua da Aurora, nº 175, SL 502 BL

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Profissão: ESTUDANTE

2 - ATENDIMENTO Data: 04/02/2018 07:46

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

1. Paciente vítima de acidente de moto ± 2h.
Sem ósso exposto. Nega demais / ósso e/ou pele exposta.
Chegou a Unidade c/ siames em fratura.

Exame Físico: (A) Pior Área Periorbita Sem ec. PA: _____ FC: _____ FR: _____
 (B) PUPILAS AHT S/RA
 (C) FC: 70 bpm / Normorrítmico
 (D) ECG = ST. Pupilas irregulares e fotossensíveis.
 (E) Abdomen em suspeita de lesão Eng.

Diag. Provisório:

Pelitrauma

- ① Raio x de tórax + P
- ② Raio x de Pelve Pomerionica
- ③ Raio x das costas E (2 postos) Petrólio Eduardo
AGRESTE Cirurgião Geral
CRM: 24.425
- ④ Perna E (2 postos)

Prescrição:

04.02.18

Horário

sta	① Sto. qd. 1000 - 8.15	✓ 2
Euoplano	② Keflin 2g. EV Agua	2
04	③ Dimetane 10mg - AD. 11.61 6/6h.	6/6h
	④ Plenil 10g + AD. EV. 8/8h (500)	8/8h
02	⑤ Ortopedir qd. Raio x	
14	⑥ Fimotil 100mg 10-07-07 8/8h	

Juno Eduardo
Cirurgião Geral
CRM: 24.425

10:00h

- Raio x tórax - Norm

- Tórax de Jano

Aed. Pneu

1 de 2

C.d. 2/2 da D. Guel.

Cintopred 100mg

Petrólio Eduardo
Cirurgião Geral
CRM: 24.425

X Kinga P. Dion

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

~~Fonte: M.R.P. 2018~~
 Dá-se a alta ao paciente e seu resultado
 final da exame é ótimo. O ato
 para que o paciente seja
 liberado para casa é feito em
 7x: troca de faixa O11.
 AL: O hospital.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Assinatura
04 FEVEREIRO DE 1960
04 FEVEREIRO DE 1960

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Potava obstruim (O)

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

2/4/2018 7:46:57 AM

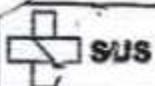
2 de 2

Usuario do Atendimento
FABIANASB

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 MAR 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HPA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gleyson Mauro da Silva

6 - Nº DO FRONTUÁRIO

313972

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918010236213013815716 361031001

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/03/1981

9 - SEXO

Male

Female

10 - RACIA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

Josinei da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

Josinei m. da Silva

13 - ENDEREÇO (RUA, N°/BAIRRO)

Orla Lagoa 3 Rural

14 - TELEFONE DE CONTATO

(81) 32193025/13

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Arcoverde

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

5604106

17 - UF

PE

18 - CEP

565501800

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Quedade de moto com limitação am
mice

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadro clínico acima

05.802.494/0001-41
TRAJÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 SET 2019

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

Rx + Anamnese + EF

Rua da Aurora, nº 175, cj 902 BL C
Belo Horizonte - MG
Bragança - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Rua da Aurora, nº 175, cj 902 BL C
Belo Horizonte - MG
Bragança - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Erit. subagudo crônico

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenções

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Cirúrgica

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (ONIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ricardo de Tombo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

/ / /

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

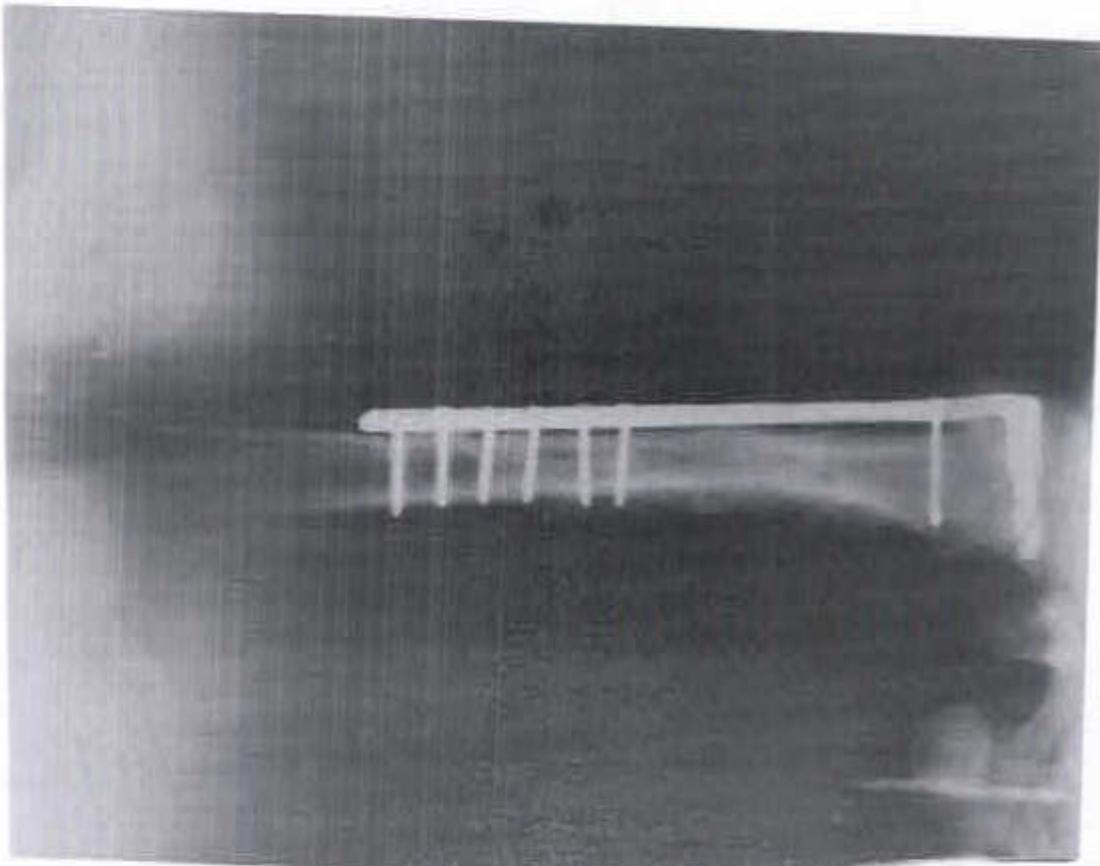
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (ONIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

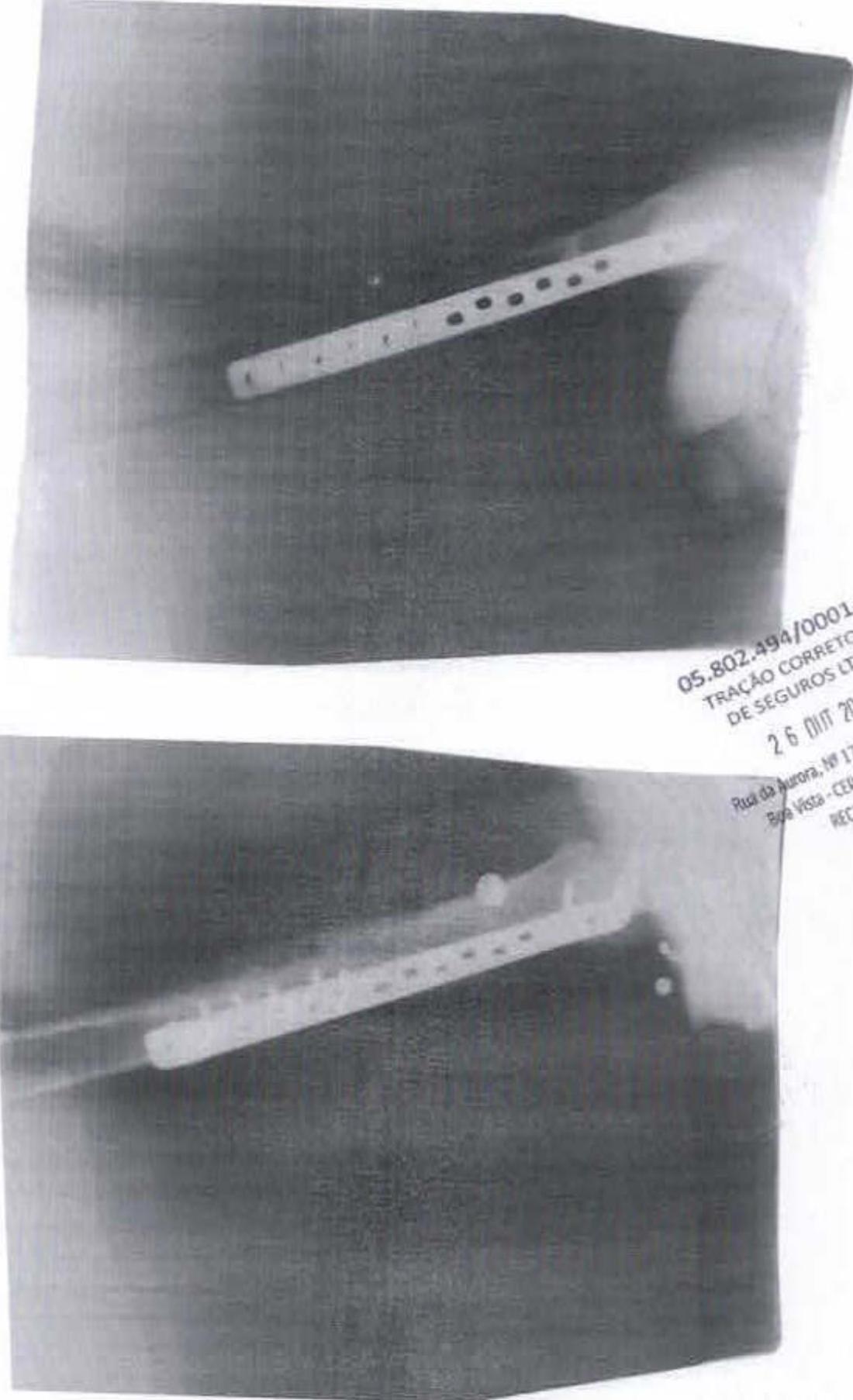
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ / /



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26/01/2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



05.802.494/0001-31
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/01/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TKAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 OUT 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Nº01814-UL79

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE ANI - ISAPAD
INSTITUTO ALGODES DANDRADE LIMA

L.S. 4000140001	ESTADO: PERNAMBUCO	TIPO: D1-BEIRA	APRESENTAÇÃO: 01/03/2018	PAG.: 17
Nº do ANI: 201810549800-7	MUNICÍPIO: EXPORTADA	DATA: 05/03/2018	DATA: 10/03/2018	
Sexo: Feminino	Órgão Emissor: 2004220000311	CNPJ: 0000000000000000		
UF: PE	CPF: 00000000000	RG: 000000000000000000		
Nome: GLEISON MARIO DA SILVA	Nome: JOSEANE MARIA DA SILVA	Nome: JOSEANE MARIA DA SILVA		
Sexo: Masculino	Sexo: FEMININO	Sexo: FEMININO		
Residência: RUA 01 N° 0000 ZONA RURAL	UF: PE CEP: 56220-000	UF: PE CEP: 56220-000		
Procedimento solicitado: 14.10.01.001-2 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO	Procedimento realizado: 14.10.01.001-2 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO	Procedimento solicitado: 14.10.01.001-2 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO		
Procedimento principal: 04.10.02.001-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO	Procedimento principal: 04.10.02.001-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO	Procedimento principal: 04.10.02.001-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIPLO		
Diagnóstico:	Diagnóstico:	Diagnóstico:		
Caracter admissível: 01 - ELETIVO	Caracter admissível: 01 - ELETIVO	Caracter admissível: 01 - ELETIVO		
Data internação: 10/03/2018	Data saída: 24/03/2018	SAE-NES: 12 - ALTA MELHORADO		
Informações:	ANH Autorizar:	ANH Preferencial:		
[Causes Externas (Acidente ou Violência)]				
CRM do Empregador:				
Versão Previdência:	ONASER -	CBOR -		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nome Procedimento	Descrição CRM	Descrição CNPJ	Ano	Valor	Qtd.	Descrição
1 0400550015 103310919810000 22527011			2344254	103/2018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA		
2 0400550615 204322571060018 22515191	2344254	2344254	1 03/2018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA			
3 0702030002 040322571060018 22515191	2344254	2344254	1 03/2018 FURADA PARAFUSO ESELIZANTE DE SE GRAU			
4 0400550190 1011119919810000 22527011	2344254	2344254	1 03/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA			
5 0400550190 204322571060018 22515190	2344254	2344254	1 03/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA			
6 0415040032 1011119919810000 22527011	2344254	2344254	1 03/2018 DERRAMAMENTO DE ULCERA / DE TECIDO			
7 0415040032 204322571060018 22515190	2344254	2344254	1 03/2018 DERRAMAMENTO DE ULCERA / DE TECIDO			
8 0502010324 080016294883344 233005	2344254	2344254	0 03/2018 DIARIA DE ACOMPANHANTE			
9 04010100718 080016294883344 233005			2344254	10 03/2018 CONSULTA GRAU II C/OU SEM DEBAGAMENTO		

LADO DE DIREITO

Lado	CRM/Expediente	CRM/Expediente	Lado	CRM	CRM/Expediente	CRM/Expediente
1	000.000.000	41.249.430/0001-01				

ACOLO REQUERENDO

CRM: SACRISTANIA
CRM: 00000000000
PESSOA TRAUM. EM OUT. ACID. DE TRANSP. ESPECIF. COM VEÍCULO A MOTOR, SEM COLISÃO (ACID. DE TRANSITO)

Provedor de Serviços: Ribeirão das Neves
Nome: Ribeirão das Neves
Até: Transf.: CRM:

De acordo com o Parecer SAS/SEI Nº 82 em 22 de agosto de 1988 publicado no Diário Oficial da União - Poder Executivo, Brasília, D.F., 24.08.1988, segue o caso: "Este parecer deve ser observado no preenchimento do paciente".

ASSINATURA: ZORINHO
DIRETOR DO HOSPITAL

ZORINHO - ZORINHO
Médico
CRM: 00000000000

Conferido Com Documento
Original Bezerro Ribeirão das Neves
Hospital Jesus Pequenino

05.802-194/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SÍGUROS LTDA
25/03/2018
05.802-194/0001-41
05.802-194/0001-41
05.802-194/0001-41
05.802-194/0001-41



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.095.521 13/01/2015

DATA DE EMISSÃO

Nome: << GLEYSON MARCIO DA SILVA >>

Nome: << MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA >>

Nome: << JOSIANE MARIA DA SILVA >>

NATURALEZA DE
CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO
26/03/2002

DOC. OFICIAL << 075317 01 55 2002 1 00023 113
0027760 42 SÃO CAETANO-PE >>

CPF
710.528.054-93

LEI Nº 1.060 DE 1962

F-64 63.997 - XXXX

13/01/2015 SISTEMA CPF PARA ENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
710.528.054-93

Nome
GLEYSON MARCIO DA SILVA

Nascimento
26/03/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
4994.AE72.D8EA.2BB1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

30 Abr. 2013

05.802.494/0001-4
TRIBUNAL CORRETO - A
DE SISTEMAS

Rua da Aurora, 10125
Boa Vista - CEP 50.060-010

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:55:26 do dia 13/01/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REF: 5798



05.802.494/0001-4:
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
Belo Horizonte - MG