

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434B65917

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	CDV RENAVAM	RENTRE	EXERCÍCIO
1 1083208421	*****	*****	2017

NOME
JOSIANE MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

PLACA ANT. VE

081.267.744-04

CHASSI

9C2KD0810GR203127

ESP. CATEGORIA

08

COM. JUSTICIA

ALCO/GABRIEL

MARKA / MODELO

HONDA/NXR160 BR03 E3DD

ANO FAB

2016

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

CAP / POT / OL

2P/162CL

CATEGORIA

PARTIC

VEIC. COTA UNICA

VINC / COTAS

1° *****

2° *****

3° *****

PREMIO TAXA REG (R\$)

1083208421

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

01/07/17

ALCO FID. ADM COMB NAC HONDA LTDA

CARUARU-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Dir. Geral Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 013434B65917 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSIANE MARIA DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

01/07/17

PLACA

PCV7804

RENAVAM

1083208421

MARKA / MODELO

HONDA/NXR160 BR03 E3DD

ANO FAB

2016

VAL. ANO

03

VR CHASSI

9C2KD0810GR203127

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)

081.267.744-04

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

DATA DE PAGAMENTO

01/07/17

COTA UNICA

DATA DE COTAÇÃO

01/07/17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Dir. Geral Presidente DETRAN/PE

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 Josime 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 S/N
complemento Zona Rural, Bairro Sítio Cipo, cidade
Caruaru, Estado PE

2. Outorgado Yosé Antonio da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 6042013, expedido por SDS-PE, em
22/08/2017 inscrito no CPF sob o nº 044.516.374-73, residente na
R. Das Cabras, nº S/N
complemento Zona Rural, Bairro Sítio Cipo, cidade
Caruaru, Estado PE

Ampla 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 Josime Maria da Silva

DOCUMENTO
ORIGINAL



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

Notário Público em Caruaru - PE, inscrita no Conselho Nacional de Notários (CONJ) nº 10.000/2018, inscrita no Conselho de Notários do Estado de Pernambuco (CONJ-PE) nº 10.000/2018, inscrita no Conselho de Notários do Brasil (CONJ-BR) nº 10.000/2018.

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de: JOSIME MARIA DA SILVA, cnpj:0077073, AKS02201803, 04945, dou fe. C493493, 07/03/2018 10:06:42

Em testemunha da verdade

Josefa Gato e Silva

Emolumentos R\$3,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 - Oper. UNIL

ES



05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORMETOIA
DE SEGURANÇA

30 Abr. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. I

Rua Vista - CEP: 55.060-010

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

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEYSON MARCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE ANTONIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEYSON MARCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE ANTONIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 12733551



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 LÍDER 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 LÍDER 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

Carta nº 13412878



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.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

**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 FÊMUR 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:

DEFICIT 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

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 o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 710.528.054.93	Nome completo da vítima Gleyson Márcio da Silva
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gleyson Márcio da Silva		CPF titular da conta 710.528.054.93	Profissão carreirista
Endereço Rua das Palmeiras		Número 514	Complemento Cidade
Bairro Sítio Cipo	Cidade Caruaru	Estado PE	CEP 55026-490
Email		Telefone (DDD) (81) 9.9220-2519	

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	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DIV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco Bradesco NRO 237 AGÊNCIA NRO. 6345 DIV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> DIV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 95227 DIV 7 (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.

Caruaru - PE de **02** de **abril** de **2018**
Local e Data

30 ABR. 2013

+ Gleyson Márcio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

+ Joziane Márcia 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 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (Consumados) 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: AGAMENOM MAGALHAES - 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)
G.M.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

DOCUMENTO
ORIGINAL

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: 2/6/1980 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: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 353 - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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: **MUNICÍPIO DE**



05.802.494/0001-41

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, SL 602 AL - C

CARUARU, 353 - CEP: 0 - 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: **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

JOSE ANTONIO DA SILVA
(NOTICIANTE)

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



DOCUMENTO ORIGINAL

05.802.494/3001-41
TRACAO CORRUPCÃO
DE SEGUROS LTDA
3º ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 901 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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 Nº. **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 - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **4/2/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, RETORNO DE ACESSO A BR 194 -
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)
GLEYSOM MARCIO DA SILVA (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVONETE
MARIA DE MENEZES SILVA Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento:
2/9/1989 Naturalidade: BEZERRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6642813/SDS/PE
(RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
MOTOTAXISTA Telefones Celulares:
- 992262519**

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

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:

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

GLEYSON MARCIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSIANE MARIA DA SILVA** Pai: **MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/3/2002** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10005521/9DS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 973076124**

Residência: **AVENIDA JOÃO JOS CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 363 - CEP: 9 - 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: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV7884** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **802KD0510GR203127**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** 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)

GLEYSON MARCIO DA SILVA
(VITIMA)

X *Gleyson Marcio da Silva*

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 990ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP990CIRC DINTER1/14ª DESEC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 4/2/2018 às 06:30

Fato ocorrido na endereço BR 233, RETORNO DE ACESSO A BR 104 -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU -
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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra a 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVONETE
MARIA DE MENEZES SILVA Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento:
2/6/1988 Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 0042613/SDS/PE
(RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
MOTOTAXISTA Telefones Celulares:
- 992262518

Residência: AVENIDA JOÃO JOSE CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 253 - CEP: 5 - Bairro: PETROPOLIS -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOSIANE MARIA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: 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: 26/9/1982 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 18888824/2009/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 873676124

Residência: AVENIDA JOÃO JOE CARNEIRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao MUNICÍPIO DE CARUARU, 382 - CEP: 5 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO {VEICULO} de propriedade do(s) Sr(a): **JOSIANE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANTONIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NR** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **P0V7884** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KD8816GR263127**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **NXR 188 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 PEGADOS 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.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 AGO 2018

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

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

JOSE ANTONIO DA SILVA
(NOTICIANTE)

GLEYSON MARCIO DA SILVA
(VITIMA)

XG2 EYSON umarcio da Silva

B.O. registrado por: **LUCIANO SOARES DOS SANTOS** - Matrícula: 246474-8



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 <i>Gleyson Márcio da Silva</i>	CPF da Vítima <i>730.528.054-93</i>	Data do Acidente <i>04.02.2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Gleyson Márcio da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>730.528.054-93</i>
Email	Telefone (DDD) <i>9258-3087/9662-4814</i>

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 Líder 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 CORRETORES
DE EXERCÍCIO*Caruaru - PE 02 de abril de 2018*

Local e Data

30 ABR 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 55.060-010

Gleyson Márcio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X Gleyson Márcio da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 Srª 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

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

30 ABR. 2018



OS.802.494/0001-41
TRACÇÃO COBRE FOLHA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-55.060-010
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

BRADESCO0911201805000000000023706345000000015227168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Cidade pela Lei 10.438, de 26/04/03

NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902
CNPJ 15.833.922/0001-08 | Insc. Est. 500383-83 | www.celpe.com.br

ENERGIA ELÉTRICA - CONSUMIDORA
MADALAS CARREAS

CPF: 588.447.594-20 NIS: 12856453459

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BARRAGEM COMARBS
MUNICÍPIO

SITIO CIPÓCIPÓ
CARUARU/PE
55026-499

CONTA CONTINUA: 7020888274 MÊS: 12/2017

DATA DE VENCIMENTO: 26/12/2017 DATA DE PAGAMENTO: 16/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$): 30,79

Nº DA NOTA FISCAL: 00160263 SÉRIE: ÚNICA EMISSÃO: 18/12/2017

APRESENTAÇÃO: 18/12/2017 Nº DO CLIENTE: 2002531764 Nº DA INTELAÇÃO: 018252

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 30 kWh	30,00000000	0,17298094	5,18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	69,00000000	0,39641036	27,41
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,08
Contribuição Remuneração Pública			2,45
Multa por atraso NF 001799912 - 11/10/17			0,37
Multa por atraso NF 001799912 - 13/10/17			0,37
Multa por atraso NF 001799912 - 11/10/17			0,04

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (KWH)
938303	CAF	01/10/17	84120	01/11/17	85119	20	99,26

PERÍODO DE CONSUMO	CONSUMO (KWH)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
01/11/17 - 01/12/17	99,26	0,17298094	5,18
02/12/17 - 01/01/18	69,00	0,39641036	27,41
02/01/18 - 01/02/18	0,00	0,00000000	0,00
03/02/18 - 01/03/18	0,00	0,00000000	0,00
04/03/18 - 01/04/18	0,00	0,00000000	0,00
05/04/18 - 01/05/18	0,00	0,00000000	0,00
06/05/18 - 01/06/18	0,00	0,00000000	0,00
07/06/18 - 01/07/18	0,00	0,00000000	0,00
08/07/18 - 01/08/18	0,00	0,00000000	0,00
09/08/18 - 01/09/18	0,00	0,00000000	0,00
10/09/18 - 01/10/18	0,00	0,00000000	0,00
11/10/18 - 01/11/18	0,00	0,00000000	0,00
12/11/18 - 01/12/18	0,00	0,00000000	0,00
01/12/18 - 01/01/19	0,00	0,00000000	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota fiscal é emitida em nome do consumidor e representa a fatura de energia elétrica. Ela não é um documento de pagamento. O valor devido deve ser pago diretamente ao banco ou ao credenciado para o pagamento. A fatura de energia elétrica é emitida em nome do consumidor e representa a fatura de energia elétrica. Ela não é um documento de pagamento. O valor devido deve ser pago diretamente ao banco ou ao credenciado para o pagamento.

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
01/11/17 - 01/12/17	99,26	0,17298094	5,18
02/12/17 - 01/01/18	69,00	0,39641036	27,41
02/01/18 - 01/02/18	0,00	0,00000000	0,00
03/02/18 - 01/03/18	0,00	0,00000000	0,00
04/03/18 - 01/04/18	0,00	0,00000000	0,00
05/04/18 - 01/05/18	0,00	0,00000000	0,00
06/05/18 - 01/06/18	0,00	0,00000000	0,00
07/06/18 - 01/07/18	0,00	0,00000000	0,00
08/07/18 - 01/08/18	0,00	0,00000000	0,00
09/08/18 - 01/09/18	0,00	0,00000000	0,00
10/09/18 - 01/10/18	0,00	0,00000000	0,00
11/10/18 - 01/11/18	0,00	0,00000000	0,00
12/11/18 - 01/12/18	0,00	0,00000000	0,00
01/12/18 - 01/01/19	0,00	0,00000000	0,00

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 19h

022-619271831-1

22/Jan/2018

HORA DE 09:29:02

LOT. 15.03098-3

TERM 019849

LOCALIDADE: CARUARU

AG. VINCULADA: 2778

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 30,79

838200000002 387900110070

020886274100 112668178230

022-619271831-1

19 VIA

Loterias CAIXA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DESEMPENHO ITIA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei 7.048, de 28/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.322/0001-68 | Insc. Est. 0002843-03 | www.celpe.com.br

CPF: 588.447.594-20 NIS: 12896453459

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS CABRAS

ASSINTO CIRÓCPIO
CARUARU-PE
55006-430

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO
Mínimo

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7020888274	12/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA PAGAMENTO
28/12/2017	18/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,79

Nº DA NOTA FISCAL: 001802169

SÉRIE: UNICA

EMISSÃO: 18/12/2017

APRESENTAÇÃO: 18/12/2017

Nº DO CLIENTE: 2002121764

Nº DA NOTIFICAÇÃO: 516258

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,1728004	5,18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	89,0000000	0,29841036	26,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,08
Contribuição Iluminação Pública			3,48
Multa por atraso NF 001788812 - 17/10/17			0,31
Juros por atraso NF 001788812 - 17/10/17			0,22
Atualização KOPM NF 001788812 - 17/10/17			0,04

TOTAL DA FATURA

30,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
543832	Cal	12/11/17	8.412,04	18/12/17	8.511,25	24	99,21

AVALIAÇÃO DE CONSUMO		TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		VALORES A PAGAR	
DEZ/17	99	DEZ/17	99	DEZ/17	99
NOV/17	99	NOV/17	99	NOV/17	99
OUT/17	99	OUT/17	99	OUT/17	99
SET/17	99	SET/17	99	SET/17	99
AUG/17	99	AUG/17	99	AUG/17	99
JUL/17	99	JUL/17	99	JUL/17	99
JUN/17	99	JUN/17	99	JUN/17	99
MAY/17	99	MAY/17	99	MAY/17	99
ABR/17	99	ABR/17	99	ABR/17	99
MAR/17	99	MAR/17	99	MAR/17	99
FEB/17	99	FEB/17	99	FEB/17	99
JAN/17	99	JAN/17	99	JAN/17	99
DEZ/16	100	DEZ/16	100	DEZ/16	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo estabelecido. O cliente deve manter a fatura atualizada e correta. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo estabelecido.

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		VALORES A PAGAR	
DEZ/17	99	DEZ/17	99
NOV/17	99	NOV/17	99
OUT/17	99	OUT/17	99
SET/17	99	SET/17	99
AUG/17	99	AUG/17	99
JUL/17	99	JUL/17	99
JUN/17	99	JUN/17	99
MAY/17	99	MAY/17	99
ABR/17	99	ABR/17	99
MAR/17	99	MAR/17	99
FEB/17	99	FEB/17	99
JAN/17	99	JAN/17	99
DEZ/16	100	DEZ/16	100

Para mais informações sobre a fatura, o cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. O cliente deve manter a fatura atualizada e correta. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo estabelecido.

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRE FUIA
DE SEGUROS LTDA

SUBSCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

NOTAS DE PREENCHIMENTO

30 ABR. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP 50.000-010
RECIFE-PE

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 no endereço eletrônico:

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAP²**.

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 N° 044.516.374 / 73
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleyson Márcio da Silva inscrito
(a) no CPF sob o N° 710.528.054 / 93 do sinistro de DPVAT cobertura suplidoz da Vítima
Gleyson Márcio da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 710.528.054 / 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua das Palmeiras</u>		Número <u>514</u>	Complemento
Bairro <u>Sítio Cipó</u>	Cidade <u>Corumbá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55066-490</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85) 99258-3097</u>

Corumbá - PE, 02 de abril de 2018
Local e Data

José Antônio da Silva
Assinatura do Declarante

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 residio na (Rua/avenida/estrada)

R- Das Cebolas, nº 5/V,

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 Gleisson Marcelo da Silva,

cujo o conduto era Jose Antonio da Silva.

Veículo: Par / Motocicleta

Modelo: Honda / NXR 160 Bros ESP

Ano: 2016

Placa: PEV 7804

Chassi: 9E2K D0810GR 203127

Data do Acidente: 04.02.2018

Local e data do cartório: Caruaru, 07/03/2018

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETOJA
DE SEGUROS LTDA

Josiane Maria da Silva

Assinatura do Declarante

30 ABR. 2013

Jose Antonio da Silva

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

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

Obs: Reconhecer firma por meio de autenticidade

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU-PE
Rodrigo da Silva Filho - TAREJA

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de JOSIANE MARIA DA
SILVA selo:0077073.HK102201803.04871
e JOSE ANTONIO DA SILVA selo:0077073.PS202201803.04872
dou fe. CARUARU, 07/03/2018 10:20:56

Em testemunho da verdade

Josiane Maria da Silva
Enlunamentos R\$7,98 TSNR R\$1,60 Total a Pagar R\$9,58 Oper. NAFELA
135

Consulte autenticidade em: www.tpe.pe.br/validar



SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

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

DECLARAÇÃO

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORES
DE PERNAMBUCO LTDA

3º ABIL 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
BOA VISTA, PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

cedente

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GLEYSON MARCIO DA SILVA

Data Nasc.: 26/03/2002

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CPF:

RG:

CNS: 898002323018578

Endereço: SÍTIO CIPO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARUARU

CEP: 55028458

Fone: 992202519

Profissão: ESTUDANTE

Nome da Mãe: JOSIANE MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 387187

Prontuário: 313272

05.802.494/2017
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nº: 0

Estado: PE

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

2 - ATENDIMENTO

Data: 04/02/2018 07:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

1. Se sente vítima de acidente de moto há ± 2h.
Sem controle. Noção de mais / vômito e / ou perda de consciência.
Chega a unidade a / situar em protocolo

Exame Físico:

- (A) Jm. Arter. Pulsa / Sem ec. PA: _____ FC: _____ FR: _____
- (B) MVE AM: SIRA
- (C) FC: 70 bpm / Normotensão
- (D) ECG: 15. Pupila: isocoria e fotorecept.
- (E) Acumulo em região de coxa Esq.

Diag. Provisório:

- Politrauma
- (1) Fratura de fêmur
- (2) Fratura de Pelve Pilonária
- (3) Fratura de Coxa E (2 pontos)
- (4) Fratura de Perna E (2 pontos)

Petrônio Eduardo
Cirurgião Geral
CRM: 24.425

Prescrição:

04.02.18

Horário

04	(1) Sfo. 41. 1000 - 2.5V	✓
02	(2) Keflin 2g. EV 12h	✓
14	(3) Dipirona 1000 - 45. EV 6/6h	✓
	(4) Paracetamol 1000 - 50. EV 8/8h	✓
	(5) Ortopedia após Rax X	✓
	(6) Fratura de fêmur 1000 - 50. EV 8/8h	✓

Petrônio Eduardo
Cirurgião Geral
CRM: 24.425

At. Alta da D. J. G. G.
Ortopedia

Petrônio Eduardo
Cirurgião Geral
CRM: 24.425

X / Cirurgia Plástica

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Exatidão

*Repetir exame de urina e hemograma
repetir de 24h para 48h. Não
fazer mais os exames de urina
e hemograma. O paciente
está estável e não
precisa de mais exames.*

Dr. [Assinatura]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ (X) Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

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

2/4/2018 7:46:57 AM
2 de 2

Usuário do Atendimento
FABIANASB

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 OCT 2019

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



SUS 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

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gláucia Manoela Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

313972

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810121321310131815716

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/03/2008

11 - NOME DA MÃE

Joana M. A. Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

Joana M. A. Silva

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Pico 3. Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

260406

18 - UF

PE

19 - CEP

55018000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda do moto com limitação em MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queda de motociclista

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

Rx + Artroscopia + EF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pat. Subtrocantária

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção artroscópica

28 - CLÍNICA

Ortopedia

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES () CIPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ricardo Teodoro

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

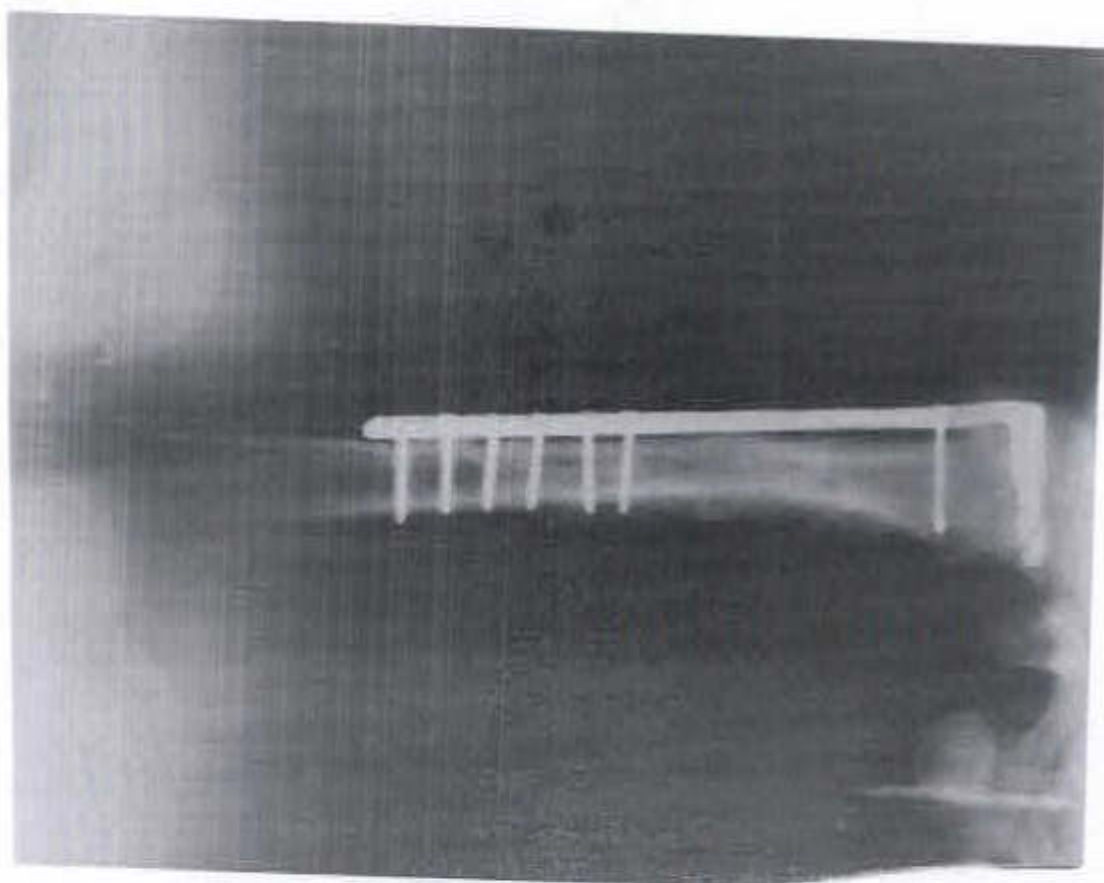
48 - DOCUMENTO

() CNES () CIPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

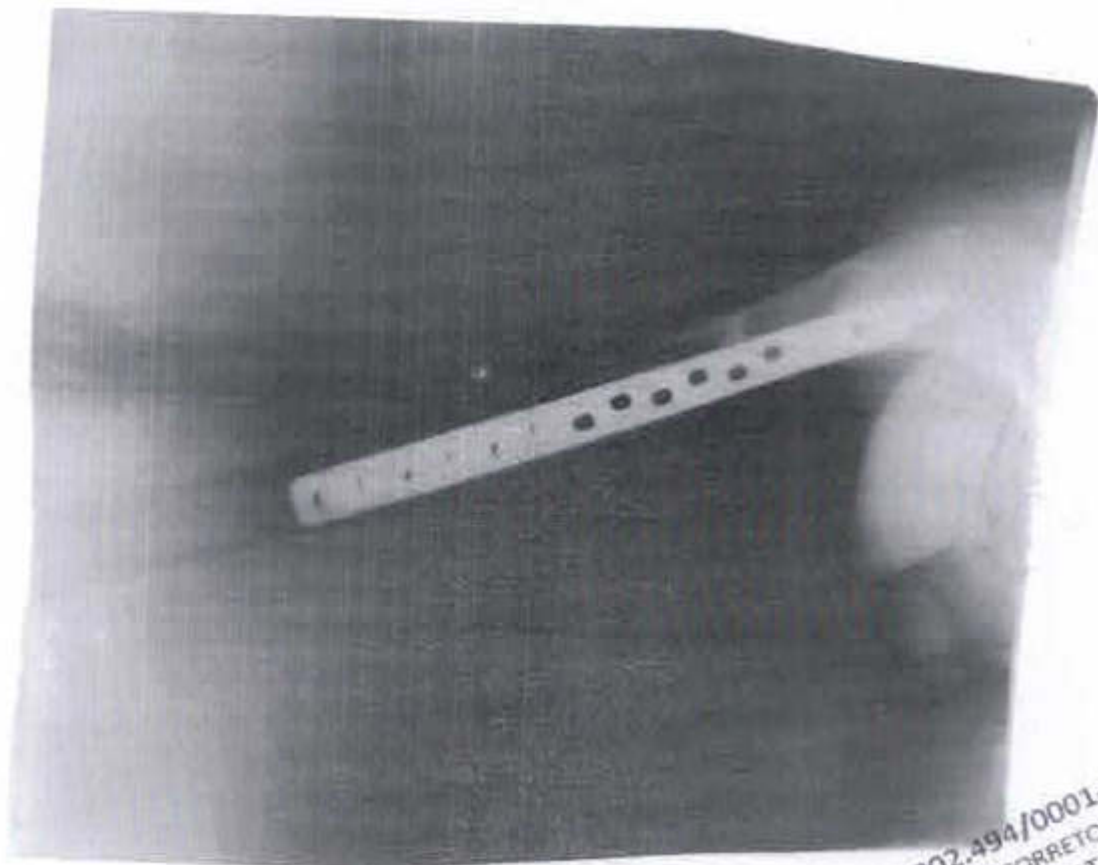
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

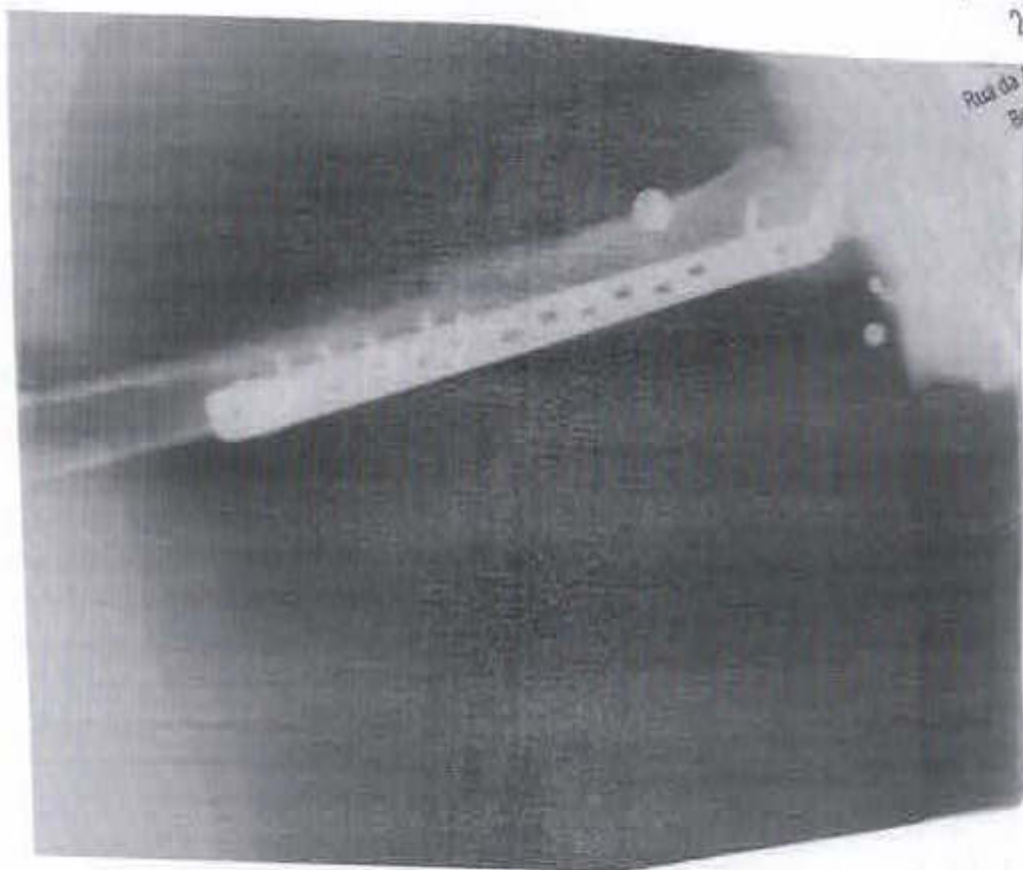
26 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bos Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 OUT 2019

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





05.802.494/0001-41
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 OUT 2019

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

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE ABH - ISAPHO
INSTITUTO ALDORES DANTONADE LIMA
CEPELHO DA LIMA

[illegible]

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Cód. Procedimento	Anamnese e CGO	Chave CBO	Síntese Valoriz.	Qtds.	Cont.	Descr.Solu.
1 0408560035	101119919910000 225270(X)		2344254	1 03/2018		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA
2 0408560035	204322571060018 225181(R)	2344254	2344254	1 03/2018		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA
3 0702030001		41344434000107	2344254	1 03/2018		PLACA DE PARAFUSOS DISTANTEIS DE SE GRAU II
4 0408000160	101119919910000 225270(X)		2344254	1 03/2018		OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5 0408000160	204322571060018 225181(R)	2344254	2344254	1 03/2018		OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6 0415040035	101119919910000 225270(X)		2344254	1 03/2018		DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
7 0415040035	204322571060018 225181(R)	2344254	2344254	1 03/2018		DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
8 0802010024			2344254	0 03/2018		DURA DE ACOMPANH
9 0401010018	080016294882344 223205		2344254	N 03/2018		CONTRA-GRANDE E C/O O DEBRIDAMENTO

LAO CHU DE CHUEN

Line	Desc	QTY	Unit	Rate	Amount	Ref
1	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
2	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
3	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
4	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
5	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
6	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
7	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
8	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
9	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
10	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
11	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
12	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
13	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
14	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
15	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
16	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
17	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
18	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
19	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
20	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
21	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
22	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
23	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
24	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
25	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
26	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
27	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
28	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
29	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
30	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
31	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
32	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
33	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
34	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
35	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
36	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
37	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
38	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
39	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
40	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
41	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
42	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
43	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
44	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
45	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
46	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
47	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
48	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
49	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
50	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
51	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	
52	1000 000 000	1	EA	1000.00	1000.00	

CO. SECUNDARIO

Descrição	Pessoa Trauíd. em Out. Acid. de Transp. Específ. com veículo a motor, sem colisão (acid. de trânsito)		
Número da Matéria	Nº 174-10041		
Asses	Transf.	Colôres	

Os dados são de Portaria SAS/SAS Nº 32 de 22 de agosto de 1998 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1998. Seção 1, p. 19888, uma vez que desde setembro deve ser atenuado no diagnóstico do paciente.

ASSINATURA DO FARMAC
DIRETOR DO HOSPITAL

05.802.494/0001-41
TRACAO CONCRETO
DE SEGUROS LTDA

26 000 773

25 1917
Rua da Aurora, 10 133-5-902 81
Rio de Janeiro - RJ 50765-010
PREFEITURA

Contendo Com Documento
Original dezenas de
Hospital Jesus Pequeno

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

VALIDA POR 18 MESES
DEFICIÊNCIA
MARCOZOS NEGATIVAS



gleyson marcio da silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.095.521

13/01/2015

<< GLEYSON MARCIO DA SILVA >>

<< MARCIO SEBASTIÃO DA SILVA >>

<< JOSIANE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE
CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO
26/03/2002

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

CPF
710.528.054-93

LEI Nº 8.969/2000

F-64 63.997 - DIOXX

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:55:28 do dia 13/01/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

05.802.494/0001-4
TUAÇÃO CORRETO A
DE INSCRIÇÃO

3 g A62. 2013

Rua da Aurora, 117 125, SA, 111
Boa Vista - CEP 50.060-010

REC 0702

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DAS UNIDADES
DO REGISTRO CIVIL E DO REGISTRO DE
COMERCIO E INDUSTRIA DO BRASIL

JOSE ANTONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR: UF
6042013 SDS PE

CPF: **044.516.374-73** DATA NASCIMENTO: **02/06/1980**

PRACAO
**ANTONIO FRANCISCO DA S
ILVA
IVONETE MARIA DE MENEZ
ES SILVA**

TERCEIROS: **04946770115** VALIDEZ: **23/09/2021** CAT. HAB: **07/07/2013**

CONDIÇÕES
EAS
CMTX

Jose Antonio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CARUARU, PE** DATA CANCELAMENTO: **23/08/2017**

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1483301418

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483301418

05.802.494/0001-4:
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

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