

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

**PE**

NOME  
**GENILSON AGUIAR DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**9288333 RDD PA**

CPF  
**039.275.924-51**

DATA NASCIMENTO  
**09/06/1981**

RELACÃO  
**AGUIAR SEVERINO DA SILVA**  
**VA**  
**JOSEFA HELENA DA SILVA**

PERMISSÃO  
**PERMISSÃO**

ACC  
**ACC**

CAT. NAB  
**AB**

Nº REGISTRO  
**06171783783**

VALIDADE  
**16/07/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**23/08/2007**

OBSERVAÇÕES

*Genilson Aguiar da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**GRAVATA, PE**

DATA EMISSÃO  
**11/07/2017**

*Flávia Andreia Sousa Ribeiro*  
Assinatura do Emissor

**PERNAMBUCO**

**84686957466**  
**PN080082900**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1482629666**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1482629666**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5  
Graciosa - Recife/PE CEP 52011-040



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>  
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DIGIT. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE-PE >>

CPF 847.705.894-68

Assinatura: Patrícia C.G. Alcoforado  
Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

1017728001210122856.7651186 F-76 315.700 - 422

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
D.F.VAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracías - Recife/PE CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484052420  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 619559128 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

CHA GRANDE-PE

CPF / CNPJ 102.200.264-32

PLACA KFD9205

PLACA ANT. / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9BD146000R5214987

ESPECIE TIPO PAS / AUTOMOVEI

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO FIAT/UNO ELECTRONIC

ANO FAB. 1994 ANO MOD. 1994

CAP. / POT. / OIL 5P/56CV

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA \*\*\*\*\* PARCELAMENTO / COTAS \*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

CHA GRANDE 13/11/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484052420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

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

CHA GRANDE-PE

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/11/18

VIA 1 CPF / CNPJ 102.200.264-32

PLACA KFD9205

RENAVAM 619559128

MARCA / MODELO FIAT/UNO ELECTRONIC

ANO FAB. 1994

CAL. DATA 01

Nº CHASSI 9BD146000R5214987

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

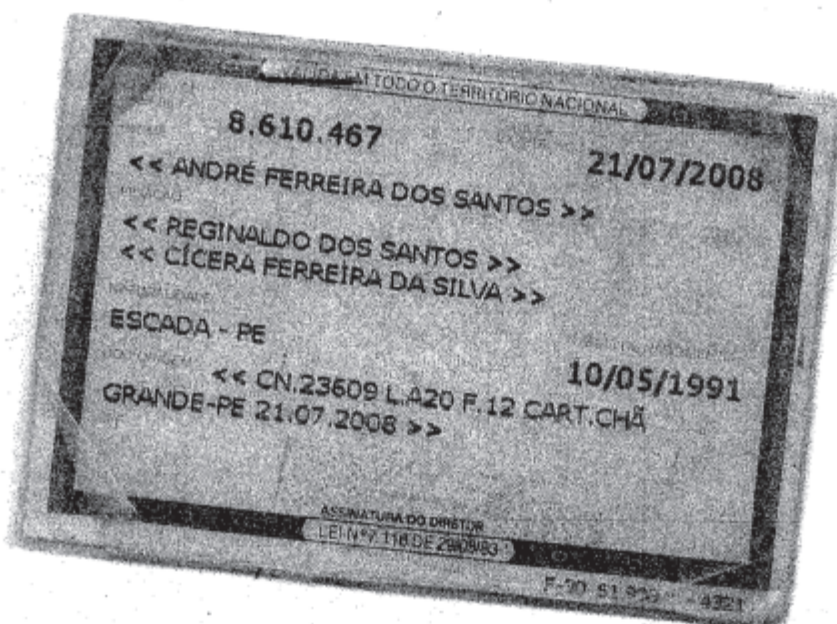
SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.246.342/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lm 35  
Graças - Recife / PE CEP. 52011-040





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**WILSON DA SILVA LIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
 4896140 SDS PE

CPF 028.860.444-98 DATA NASCIMENTO 10/10/1979

FILIAÇÃO  
 SEVERINO DA SILVA LIRA  
 AURIBETE SALES DA  
 SILVA LIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
 05310684831 27/12/2021 04/10/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1420795265

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 06 DEZ 2018  
 Gente Seguradora S.A.  
 Av. Rui Barbosa  
 Graças - Recife - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO DE 07/12/2018 DR ROBSON KOPKE CRM 20046. FORAM SOLICITADOS: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E /OU PROGNÓSTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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:** 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO DE 07/12/2018 DR ROBSON KOPKE CRM 20046. FORAM SOLICITADOS: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E /OU PROGNÓSTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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:** 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** NÃO DEFINIDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.  
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: GENILSON AGENOR DA SILVA

Nº Sinistro: 3180575402

Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575402**.

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 13686675



---

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575402**

**GENILSON AGENOR DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GENILSON AGENOR DA SILVA**

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180575402**

**Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GENILSON AGENOR DA SILVA**

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

039.272.924-51

Nome completo da vítima:

GENILSON AGENOR DA SILVA

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

Nome completo:

GENILSON AGENOR DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

CPF:

039.272.924-51

Número:

60

Complemento:

Bairro:

ST. LUZIA

Cidade:

CHIA - GRANDE

Estado:

PE

CEP:

55646-000

E-mail:

Tel.(DDD):

8199228:5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

013

CONTA:

218303

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Seguradora SIA  
Loja 5  
Graças - Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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





491037  
0442147/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62CIRC  
DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152004970

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2018 às 14:51

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/8/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, NA CURVA DA VILA SANTA LUZIA  
Bairro: VILA SANTA LUZIA - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
WILSON DA SILVA LIRA (AUTOR / AGENTE)  
ANDRE FERREIRA DOS SANTOS (OUTRO)  
GENILSON AGENOR DA SILVA (VITIMA)  
AGENOR SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON DA SILVA LIRA

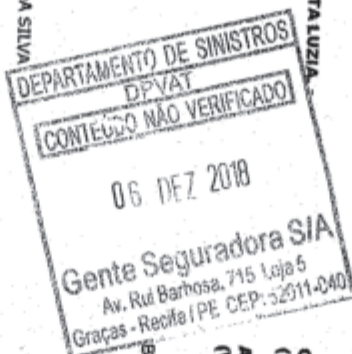
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILSON DA SILVA LIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; AURINETE SALES DA SILVA PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

GENILSON AGENOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; JOSEFA HELENA DA SILVA BRASIL  
Endereço Residencial: RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

AGENOR SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; HELENA MARIA DA SILVA BRASIL  
Endereço Residencial: RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANDRE FERREIRA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON DA SILVA LIRA  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não  
Cor: VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: KFD9265 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: 1994/1994

Complemento / Observação

AS VITIMAS RELATAM QUE ESTAVAM NO BANCO TRASEIRO DO VEICULO FIAT UNO KFD - 9265, CONDUZIDO POR WILSON DA SILVA LIRA, QUANDO O MESMO AO PASSAR POR UMA CURVA NA VILA SANTA LUZIA, PE - 071, PERDEU O CONTROLE DO CARRO E O MESMO CAIOTOU, CAUSANDO LESÕES NOS OCUPANTES "VITIMAS". AS VITIMAS SOFRIAM FRATURAS NA COLUNA CERVICAL, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, EM GRAVATA.

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

GENILSON AGENOR DA SILVA *Agenor Agnor da Silva*  
(VITIMA)  
AGENOR SEVERINO DA SILVA *Agenor Severino da Silva*  
(VITIMA)

BO. registrado por: ELTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

039.272.924-51

Nome completo da vítima:

GENILSON AGENOR DA SILVA

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

Nome completo:

GENILSON AGENOR DA SILVA

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

CPF:

039.272.924-51

Número:

60

Complemento:

Bairro:

ST. LUZIA

Cidade:

CHIA - GRANDE

Estado:

PE

CEP:

55646-000

E-mail:

Tel.(DDD):

8199228:5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

013

CONTA:

218303

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Seguradora SIA  
Rua dos Trabalhadores, 715 Loja 5  
Grças - Recife PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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





## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 314027

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA

GENITORA: JOSEFA HELENA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

BAIRRO: VILA SANTA LUZIA

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 31/08/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:05

CNS: 708006315353223

TELEFONE: (81) 9106-6082

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 60

UF: PE

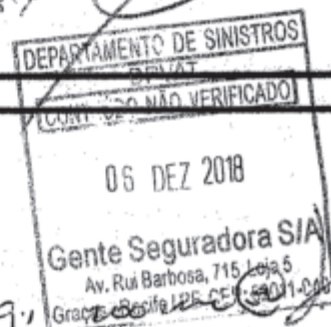
CEP:

ACOMPANHANTE: ESPOSA, SILVANA

## HDA

Paciente vítima de captação opuntosa dor em peito  
sem usar cinta de sustentação. Ausculta cardíaca e respiratória  
normais. Abdomen indolor a palpação.

ALEXIA



## EXAME FÍSICO

Ad: 55,9, 50,0, 41,0

traumático sanglme - 2fa + 550,9

18:30 D. V. 1 Fa E V. X  
Sem

Dr. Nelson Manoel P. da Cunha  
Médico  
CRM: 24494/PE

17:40  
Sérgio R. L. Cavalcanti  
Téc. de Enfermagem  
COREN 385602

## EXAMES SOLICITADOS

Rx

SETOR DE ARQUIVO  
NOME DO H.M.D.P.V.P.  
28/10/18

HD

CID

## MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Mariana Mourato  
Médica  
CRM: 24494/PE

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

10:40.

Marguio Day - 01/11/2018

100ml de 0,9% IV

Dr. Gabriel Lotero  
Médico  
CRM/PE 25880

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Dr. Nelson Mangel de Almeida  
Médico  
CRM/PE 24881/PE

ALTA

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



**30%**  
DESCONTO NO  
PAGAMENTO  
DA COTA  
ÚNICA

0202-011-143

00005494

GENILSON AGENOR DA SILVA  
RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS  
VILA STª LUZIA  
CHÃ GRANDE PE

055636000

Seq. 07669

RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS  
55636000 VILA STª LUZIA PE

PARCELA	VENCIMENTO
COTA ÚNICA	30/06/2018
1ª	30/06/2018
2ª	30/07/2018
3ª	30/08/2018

DESCONTO NO PAGAMENTO DA COTA ÚNICA ATÉ 30/06/2018  
O PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO, SERÁ ACRESCIDO DE MULTA E JUROS MORATÓRIAS.

- ☐ 01. MUDOU-SE
- ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ 03. NÃO EXISTE O Nº INDICADO
- ☐ 04. DESCONHECIDO
- ☐ 05. INF. ESCRITURA PELO PORTEIRO
- ☐ 06. NÃO PROCURADO
- ☐ 07. AUSENTE
- ☐ 08. FALECIDO
- ☐ 09. RECUSADO
- ☐ 10. OUTROS



PREFEITURA

**Chã Grande**  
*Uma Nova História*

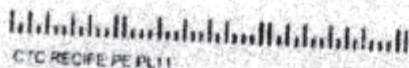
CHÃ GRANDE  
PENSALADA: 0543  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
PM CHÃ GRANDE/PE  
VALOR DO PAGAMENTO: 65,29  
81/200006005 052910942018  
806300000007 800602059657  
204-61/802437-5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
06 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-000



**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



GLEYBSON S D AMARAL  
RUA RIVALDO BALTAR 56  
PRADO GRAVATA PE  
55642-155



7211050330000640000006349530100317

RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL  
MAIS SEGURO | MAIS RÁPIDO | MAIS FÁCIL

8003 4542  
Central e registro municipalidade  
8000 701 4542  
Central atendimento

Data de Postagem: 26/06/2018

Data de Vencimento: 10/07/2018

DIG/000182099





**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYBSON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENILSON AGENOR DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.272.924, 51, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima GENILSON AGENOR DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.272.924, 51, 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: RIVALDO BALTAR</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>POADO</u>	Cidade <u>GOVANIA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55647-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 9922815097</u>

GOVANIA, 29 de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

Gleybson Santana do Amaral  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS,  
RG nº 8.610.467, data de expedição 1/1/,  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 102.200.264-32, com  
domicílio na cidade de CHIÁ-GRANDE, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SÍTIO NINHO DAS ÁGUAS, nº       ,  
complemento       , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima GENILSON AGENDR DA SILVA cujo o condutor era  
WILSON DA SILVA LIRA.

Veículo: AUTOMÓVEL  
Modelo: FIAT/UNO ELETRONIC  
Ano: 1994  
Placa: KFD:9205  
Chassi: 9BD146000R5214987  
Data do Acidente: 31.08.2018  
Local e Data: GRAVATA/PE, 21-11-2018

2º OFÍCIO GRAVATA

ANDRÉ

Assinatura do Declarante

2º OFÍCIO GRAVATA

WILSON

Assinatura do Condutor

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







# IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 314027

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA

GENITORA: JOSEFA HELENA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

BAIRRO: VILA SANTA LUZIA

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 31/08/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:05

CNS: 708006315353223

TELEFONE: (81) 9106-6082

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 80

CIDADE: CHA GRANDE

UF: PE

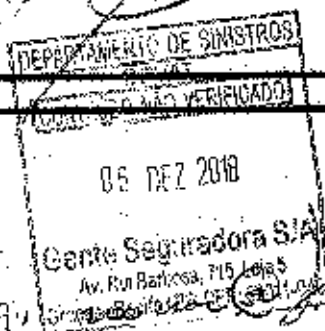
CEP:

ACOMPANHANTE: ESPOSA: SILVANA

## HDA

Paciente vítima de captação opressiva do em pele  
sem sinais de respiração. Ausculta cardíaca e respiratória  
normais. Absorção de oxigênio.

*Alencar*



## EXAME FÍSICO

Cap: 50, 50, 50, 50

transmissão sanguínea - 260 + 850, 90

17/08/2018 17:40  
Sem

*Dr. Alexandre da Cunha*  
Médico  
CRM: 24494/PE

*Dr. R. L. F. F. F.*  
Fis. de Exercícios  
COREN 305802

## EXAMES SOLICITADOS

Rx

SETOR DE ARQUIVO  
NOME DO H.M.D.P.V.P.  
27/09/18

HD

CID

## MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

*Mariana Amurato*  
Médica  
CRM: 24494/PE

# PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

10:40

Marcelo Day - OPA AN

10:40 10:40 10:40

Dr. Gabriel Lotero  
Médico  
CRM 25880

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
05 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Dr. Nelson Manoel P. da Costa  
Médico  
CRM 24.454/PE

HORA:

DATA

ALTA

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

# DIAGIMAGEM

Diagnóstico por imagem

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA IDADE: 37 ANOS  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ROBSON KOPKE  
DATA DO EXAME: 03/09/2018

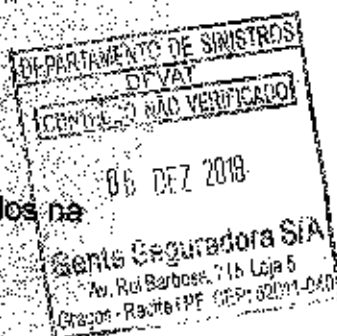
## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN TOTAL

### COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

### OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Fígado de volume normal, com distribuição lobar preservada. Atenuação hepática normal sem sinais de lesões focais. Ausência de dilatação de vias biliares intra-hepáticas.
- Baço com atenuação e volume normais.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Adrenais tópicas, de forma e volume preservados.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.



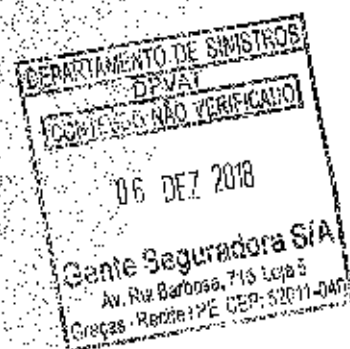


**DIAGIMAGEM**  
Diagnóstico por imagem

- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Redução da altura e linhas de solução de continuidade óssea nos três eixos do corpo vertebral de T12, havendo mínimo desvio dos fragmentos ósseos, com hiperatenuação por compactação óssea, aspecto compatível com fratura com componente de achatamento, havendo redução de menos de 50% da altura deste corpo e projeção discreta da parede posterior desta estrutura para o interior do canal medular, exercendo efeito compressivo também discreto sobre a parede anterior do cone medular.

- Ressaltamos que o não uso de contraste iodado intravenoso limita a nossa avaliação

Dr. Eduardo Rocha  
CRM: 14389







# DIAGIMAGEM

Diagnóstico por Imagem

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA IDADE: 37 ANOS  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ROBSON KOPKE  
DATA DO EXAME: 03/09/2018

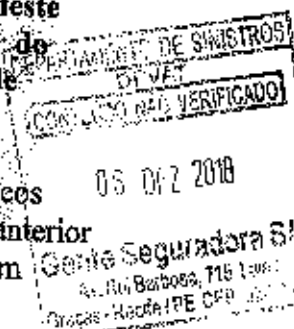
## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

### COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento lombar L1-L2 até L5-S1.

### OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Eixo vertebral preservado.
- Elementos que constituem os arcos posteriores das vértebras focalizadas de aspecto anatômico e mineralização óssea normais, sem sinais de lesões de natureza agressiva.
- Redução da altura e linhas de solução de continuidade óssea nos três eixos do corpo vertebral de T12, havendo mínimo desvio dos fragmentos ósseos, com hiperatenuação por compactação óssea, aspecto compatível com fratura com componente de achatamento, havendo redução de menos de 50% da altura deste corpo e projeção discreta da parede posterior desta estrutura para o interior do canal medular, exercendo efeito compressivo também discreto sobre a parede anterior do cone medular.
- Observamos protrusão mediana de base larga, dos contornos posteriores dos discos intervertebrais de L2-L3 e L3-L4, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando sem deformar a face anterior do cone medular, sem promover redução da amplitude dos forames neurais correspondentes.
- Protrusão mediana e paramediana de base larga, dos contornos posteriores do disco intervertebral de L4-L5, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando a face anterior do cone medular e as porções descendentes das raízes nervosas correspondentes e insinuando-se para ambas as bases foraminais, promovendo leve redução da amplitude dos forames neurais.





# DIAGIMAGEM

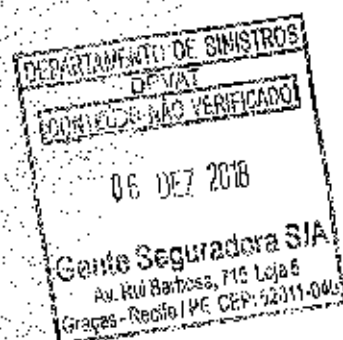
Diagnóstico por Imagem

- Protrusão mediana e paramediana de base larga, dos contornos posteriores do disco intervertebral de L5-S1, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando a face anterior do cone medular e as porções descendentes da raízes nervosas correspondentes.
- Tecidos moles para-vertebrais sem evidências de anormalidades.

OBS: EXAME DOCUMENTADO EM 3 FILME (S) RADIOGRÁFICO (S). EVITE EXTRAVIAR LO (S), POIS ARQUIVAMOS EXCLUSIVAMENTE A CÓPIA DO LAUDO.



Dr. EDUARDO ROCHA  
CRM. 14389





Centro Hospitalar Santa Maria  
Rua Agamenon Magalhães, S/N  
Vitória de Santo Antão - PE

Gratias Aguiar de A.  
Juízo DPVAT

Paciente em tratamento  
de Fratura T12, com ±  
sucesso de evolução.  
No momento assinto-  
matico, do ponto de  
vista ortopédico apto  
ao trabalho, assim  
como suas A.Ds. Atte  
médica.

S22.0

07/12/18.

Dr. Emerson Koppa  
Ortopedia e Traumatologia  
R. 20245 - FONE: 322110