

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Atendimento: 503700

Prontuário: 337515

Data Nasc.: 06/09/1990

Idade: 28

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 09647622422

RG: 8196592

CNS: 706006853847648

Endereço: RUA FREI INACIO

Bairro: JOAO MOTA

Cidade: CARUARU

CEP: 55024000

Fone: 991186060

Nome da Mãe: IVANISE FERNANDES SOUZA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/04/2019 12:39

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PIR. UFRM DE ACIDENTE DO MOTO CI FUNDADA
 com um fone direito.
 Low Grava CI ouca Sion

Exame Físico:

Bon poder asth

ABC do cor.

Siner. ABO, S1702

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

1- SUCIHO MIO-X POMA D
 JUAHO D APO
 COVA D

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 RAIO - X
 DATA 25/04/19

Prescrição:

Data

MIO-X

Dieta:

TOMX P1

MIO-X adena amier ap

BACI ap

PU. U. V C. G

AU BC.

Horário

Dr. Vitor Duarte
 Médico
 CRM - 18117



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

25/04 Com tempo 34 35
Paciente com queixa de náusea e vômito
EGR, consciente, orientado, colabora, anamnese, exame físico, exames
com: glicemia, creatinina, ureia e potássio, RUA 11

Conduta: Solicito hemograma abdominal
- Guarnição de 116
- Reação de Ruggieri e plasma

Alta da emergência para
aos cuidados do médico

Edson C. C. de Melo
CREMEPE 13.760

Edson C. C. de Melo
CREMEPE 13.760

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse 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: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

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

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

**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

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ayde Ketili Fernandes Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337575

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706006853847648

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/91

Masculino

1

Feminino

3

11 - NOME DA MÃE

Vanise Fernandes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Inácio 49**Boa Vista**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru

17 - Cód. IGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

At. vítima de trauma CI fechado em torn. distal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurossin. T. o. r. o.

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

M. o. r.**4d**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

F. o. r. o. r. o. r. o.

24 - CID 10 PRINCIPAL

S829

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T. o. r. o. r. o. r. o.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01408105105010

29 - CLÍNICA

007

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

000

31 - DOCUMENTO

1 - CNES

2 - CPF

8

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Václav Duarte

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/17

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

Dr. Václav Duarte**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 AUTORIZAÇÃO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

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

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-43-004

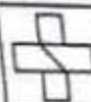
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910397864-5

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Václav Duarte**CRM 7177****CPF 108.205.234-54**



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

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Anna Karline Fernandes Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337515

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7061006853847648

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/04/91

9 - SEXO

Masc: ☒ 1 Fem: ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Ismael Fernandes

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em estado de pré-hospitalar com lesões por queimadura.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesões de queimadura.

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

Rx + Exame - Lúmen + Anomalias.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fl. Exame de Lúmen D.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Wilson Carlos da Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/04/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

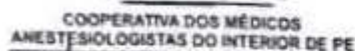
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



N 218207

TÉCNICA ANESTÉSICA		Anestesia intravenosa total, principal, com bloqueio	
L3-L4, Cloridrato de Bupivacaína, 0,5% 10ml		Bloqueio	
Anestesia			
- Paciente com história de doenças hematológicas, cirurgias, hérnia de umbigo, diabetes. Paciente instável, portador de hipertensão e volume concentrado de hemoglobina. Paciente Estável após.			
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
1h 5'		1h 30'	
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC ☒ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☒ PNI ☐ LINHA CENTRAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL		ENCAMINHADO ☒ ADOÇADO ☒ ADOÇADO ☒ SÓLIDO DESTINO ☒ 3º ☐ 1º ☐ 2º ☐ QUARTO	

+ P2 Sugar
+ P2 Nähr

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Procedimento de pontos-moles em joelho direito.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

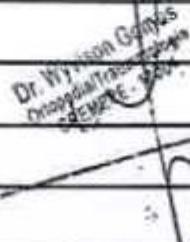
50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS () CPF

Hospital: H.R.A. Convênio: TAC Cidade: Pernambuco
Nome do Paciente: Ayne Keteli Fernandes Data da Cirurgia: 25.04.18
Médico: Dr. Wilson Membro Operado: Perna

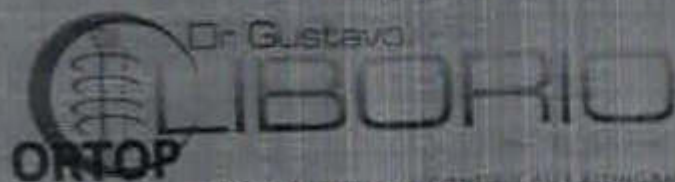
MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador externo tubo a tubo		01	
264592-0			
0702030384			
 Dr. Wilson Gomes Ortopedista Traumatologista CRM-PE 12345			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

ELABORADOR/INSTRUMENTADOR:

Canga

CX 187



ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

Ayane Katiele Fernandes Souza

CPF: 09647522422

LAUDO MÉDICO (DPAVT)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA.

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO NA DATA DE 14/06/19 EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FORÇA DE MOVIMENTO MARCHA CALUDICANTE COM AJUDA DE MULETAS

RAIO X - PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

CD-10-S72.1

CARUARU 22 DE AGOSTO DE 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBO/SBOT/ASAM

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM



ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU



Ayane Katiele Fernandes Souza

CPF : 09647622422

LAUDO MÉDICO (DPAVT)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TIBIA ESQUERDA.

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO NA DATA DE 14/06/19 . EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FORÇA DE MOVIMENTO. MARCHA CALUDICANTE COM AJUDA DE MULETAS.

PORTADORA DE SEQUELAS IRREVERSÍVEIS

RAIO X – PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE .

CID -10 : S72.3

CARUARU 21 DE NOVEMBRO DE 2019

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 – TEOT 13985
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 – TEOT 13985
TITULAR SECUNDARIO

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052

ortop.agreste@hotmail.com

TEL 19

319-576370

Caruaru, 26 de NOVEMBRO de 2019.

A
SEGURADORA LIDER S/A
SINISTRO 3190/576370
CPF 096.476.224-22

Eu, **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA**, através da presente, venho comunicar que não concordo com o valor pago administrativo do meu Processo por **INVALIDEZ**, tendo em vista minhas **SEQUELAS GRAVES PERMANENTES IRREVERSIVEIS** comprovadas nesse LAUDO MÉDICO em anexo. Posto isso, requiro a reanálise do meu processo passando por uma PERICIA MÉDICA para assim constatarem tais afirmações como também fico a disposição para qualquer outros esclarecimentos.

Desde já agradeço a vsª atenção ao caso,
Sem mais para o momento,

Respeitosamente,

Ayane Katiele Fernandes Souza
Requerente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482991245

NOME
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8196592 SDS PE

CPF
096.476.224-22

DATA NASCIMENTO
06/09/1990

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

IVANISE FERNANDES SOUZ
A

PERMISSÃO
[Hatched Box]

ACC
[Hatched Box]

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05713447319

VALIDADE
09/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
20/02/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ayane Katiele Fernandes Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
10/08/2017

[Signature]
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

18888059386
PE080138418

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482991245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO LULISMO
 CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO LULISMO

TRINALDO BALTA DA SILVA PONTES

RG IDENTIDADE - ORG. EXISTENTE - UF
4101089 862 PE

CPF
784.087.504-10 DATA NASCIMENTO
22/02/1973

PLACAR
WCEL BALTA DE PONTES

NUEMIA GUILHERMINA DA SILVA

PERMUNDO **EXISTENTE** CAT. **2**

PROBADO **00460827102** EXISTENTE **25/04/2024** CANCELADO **17/01/1998**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1823499902

PROBADO PLATIBAR
1823499902

Leite Branco de 5% de Gordura

LOCAL **CAHUARO, PE** DATA EMISSÃO **15/04/2019**

Assinado: [Assinatura]
 [Assinatura] **48141354308**
22087579977

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0144B7799500

VLT 1 1150021551 2019

SERAFIM VALDECI DE LIMA

CARUARU-PE

000.666.674-03

PCD1707

*****/PE

503K310003R007452

PAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/NXR 160 BR03

2019 2019

22/12/2018

PARTIC

BRANCA

I P V A

IPIVA 2019 QUITADO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

PE Nº 0144B7799500 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERAFIM VALDECI DE LIMA

 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

CARUARU-PE

000.666.674-03

PCD1707

1150021551

HONDA/NXR 160 BR03

2019

503K310003R007452

PRÊMIO TARIFÁRIO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.808/0001-04

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000042706-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096-476-224-22 4 - Nome completo da vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

5 - Nome completo: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA 6 - CPF: 096-476-224-22
7 - Profissão: AUTADOMA 8 - Endereço: RUA FRI INACIO VILAS BOAS 9 - Número: 49 10 - Complemento: A
11 - Bairro: BOO MOTA 12 - Cidade: CAMANU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.010-160
15 - E-mail: (81) 9884-0119

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 42706 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz 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 (assinale 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, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CAMANU, 05-10-2019

x Ayane Katiele Fernandes Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

file:///C:/Users/inv/infopol/mrBOEPreview.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000486

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 15:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/4/2018 no período de Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: COHAB 1 -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (OUTRO)
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: WANISE FERNANDES SOUZA Data de Nascimento: 20/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 49, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 5 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 49, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 5 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a) SEBASTIAO VALDECI DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 100 BROS Objeto apreendido: Nãe

Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCD1787 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 115902155 Chassi: 902KD1000JR067469

Complemento / Observação

INFORMA QUE SE ENCONTRAVA NA RUA NAZARE DA MATA NO BAIRRIO BOA VISTA E NO CRUZAMENTO UM VEICULO COLIDIU COM A MOTO CONDUZIDA POR SEBASTIAO E QUE A VITIMA DE NOME AYANE SE ENCONTRAVA NA CONDICAO DE PASSAGEIRA AMBOS CAIRAM DA MOTO CAUSANDO FERIMENTOS NA VITIMA COM FRATURAS NA PERNA DIREITA E SEBASTIAO SOFREU ESCORIAÇÕES PELO COIRPO O SAMU SOCORREU A VITIMA PARA O HRA ONDE FOI CIRURGIADA

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

AYANE KATIELE FERNANDES
SOUZA
(VITIMA)

Ayane Katiele Fernandes Souza

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

M. 153028-1

Imprimir



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 096.476.224-22 4 - Nome completo da vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

5 - Nome completo: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA 6 - CPF: 096.476.224-22
7 - Profissão: AUTADOMA 8 - Endereço: RUA FRI INACIO VILAS BOAS 9 - Número: 49 10 - Complemento: A
11 - Bairro: BOA MOTA 12 - Cidade: CAMARU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.010-160
15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (81) 9884-0119

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 42706 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz 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 (assinale 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, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CAMARU, 05-10-2019

x Ayane Katiele Fernandes Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

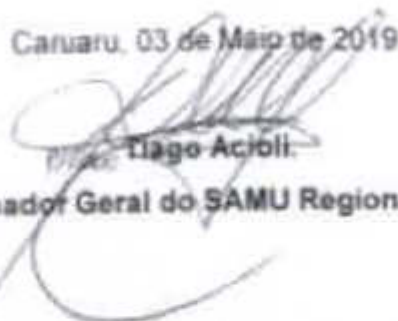
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sr^a AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA portadora do CPF: 096.476.224-22 e RG: 8.196.592 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1904250233 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, a mesma no dia 25/04/2019 às 11h e 44min, no endereço RUA NAZARÉ DA MATA, JARDIM BOA VISTA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO CARRO X MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO e MOTOLÂNCIAS, que prestaram atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção

Caruaru, 03 de Maio de 2019



Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue ao Sr. SEBASTIÃO VALDECI DE LIMA (ESPOSO) portador do CPF: 030.666.674-05 e RG: 5.803.118 SDS-PE.

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/05/19



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000042706-3

Nr. da Autenticação 560358C21220BA6E

TIM S.A.
Av. Marechal Mesquita Moraes 4270
FREG. D'AFONSO - Imbituba - PE
CNPJ: 02.421.421/0001-55 - I.E.: 0205814-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO

10/09/2019

EMIÇÃO: 19/08/2019

POSTAGEM: 30/08/2019

FATURA: 3942906191

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
RUA VINTE E TRÊS, 261, CASA
JARDIM BOA VISTA
55000-000 - CARUARU - PE

CLIENTE: 1.75644136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 18/AGO

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
\$ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banco Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-9,83
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-5,17
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que quiser, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPORTE TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNTO	R\$ 0,25
ICMS	10%	R\$ 0,25	R\$ 0,08	FUNTO	R\$ 0,11
RECEITA - Serviço Telecom	1,00%				
RECEITA - Serviço Não Telecom	4,00%				
RECEITA - Serviço Não Telecom	9,21%				

Em conformidade com a Lei 12.741/2012

As contribuições de 1,00% (ICMS) e 13,21% (IPI) são aqui representadas em centavos

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 42,50
SVA	R\$ 22,48
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -9,83
Desconto(s) SVA	R\$ -5,17



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e pagar em débito automático e ainda ganha um bônus de internet. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

84620000000 - 4 50890109011 - 0 00394290619 - 3 10131539518 - 2

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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**².

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 IRINALDO BAIXA DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF 784.087.504, NO na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.476.224 / 22 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.476.224 / 22, 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 23</u>		Número <u>261</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>LOT. JARDIM BOA VISTA</u>	Cidade <u>Canoinha</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99277.3709</u>

Canoinha, 07 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

IRINALDO BAIXA DA SILVA FILHO
Assinatura do Declarante