
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683771

Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TATYANY FERREIRA DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVSON LOURENCO SILVA

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190683771 Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

Data do Acidente: 15/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), DEIVSON LOURENCO SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Bradesco
Exclusive



4931 0160 6118 9124

04/24 1606 3 0118912 3 05 00
VALID DATE MONTH YEAR DAY MONTH YEAR DAY MONTH YEAR

DEIVSON LOURENCO DA SILVA

VISA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3 AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 06-12-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118009124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/09/2019** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **15/9/2019** às **06:15**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **COMPLEXO POLICIAL - PAULISTA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DEIVSON LOURENÇO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEIVSON LOURENÇO SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DEIVSON LOURENÇO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: MANOEL LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 18/4/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 50834/PM/PE (RG) Profissão: POLICIAL MILITAR
Endereço Residencial: **RUA CENTO E VINTE QUATRO, 135 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DEIVSON LOURENÇO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEIVSON LOURENÇO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY1844 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

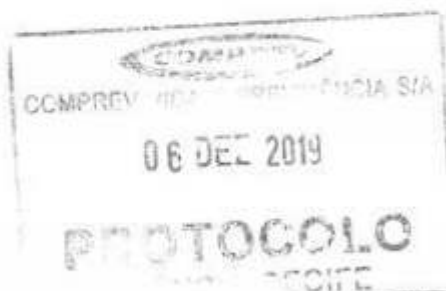
VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VIATURA POLICIAL - GT 17300 (RADIO PATRULHA)**

INFORMA O NOTICIANTE, QUE É POLICIAL MILITAR E ESTAVA RETORNANDO PARA CASA APOS TERMINO DE SERVIÇO, E QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA EM VIA PUBLICA QUANDO PASSAVA EM FRENTE AO COMPLEXO POLICIAL DE PAULISTA, UMA VIATURA DA RADIO PATRULHA SAIU DO COMPLEXO SEM O DEVIDO CUIDADO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO NOTICIANTE. O NOTICIANTE CAIU NO CHÃO E PRECISOU DE CUIDADOS MEDICOS. ELE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU E LEVADO PARA O PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO, CONFORME FORMULARIO DE EMERGENCIA APRESENTADO (ATENDIMENTO 18843777). NO HOSPITAL ELE FOI ATENDIDO E MEDICADO COM DIAGNOSTICO DE UM PROVAVEL ESCLEROCE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR COM ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL DO JOELHO (CID 10 S 834). DIZ TAMBÉM O NOTICIANTE O NÚMERO DA OCORRÊNCIA DO FATO NA POLICIA MILITAR - M-10734360 E QUE SUA MOTOCICLETA FOI DANIFICADA NO ACIDENTE ENTRE OUTROS DANOS O VEÍCULO TEVE O MOTOR FURADO, RETROVISORES QUEBRADOS, SETAS, CARENAGEM.

Deivson Lourenço Silva
DEIVSON LOURENÇO SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO PAZ DE MELO** - Matrícula: **2732467**





Bradesco
Exclusive



4931 0160 6118 9124

04/24 1606 3 0118912 3 05 00
VALID DATE MONTH YEAR DAY MONTH YEAR DAY MONTH YEAR

DEIVSON LOURENCO DA SILVA

VISA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3 AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0118912 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

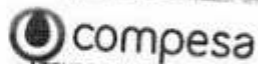
40 - Local e Data, RECIFE 06-12-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atenção: O gasto de água nessas atividades é bastante alto.
Ao escovar os dentes ou fazer a barba mantenha a torneira fechada.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
ABREU E LIMA PE 53525-790

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO

DADOS DO CLIENTE
TATYANY FERREIRA DE SOUZA MATRICULA: 53661394 Out/2019
R. CENTO E VINTE E SETE, N. 00045 - CAETES I ABREU E LIMA PE 53
530-120
INSCRIÇÃO: 338.170.470.0382.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 053661394

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACITIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO A19M428555	DATA LEIT. ANTERIOR 11/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 12/11/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

AGUA:
LEIT. ANT: 42
LEIT. ATU: 58
LEIT. FAT: 58
CONSUMO: 16

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

09/2019 12
08/2019 21
07/2019 20
06/2019 20
05/2019 20
04/2019 20
MÉDIA: 19

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	43	43	42
COR APARENTE	43	43	43
CLORO RESIDUAL	43	43	42
KOLIF. TOTAIS	43	43	43
E. COLI	43	43	43

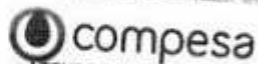
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,08

COMPANHIA DE SANEAMENTO S/A
06 DEZ 2019
PROTOCOLO
SANEAMENTO S/A

Atenção: O gasto de água nessas atividades é bastante alto.
Ao escovar os dentes ou fazer a barba mantenha a torneira fechada.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
ABREU E LIMA PE 53525-790

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO

DADOS DO CLIENTE
TATYANY FERREIRA DE SOUZA MATRICULA: 53661394 Out/2019
R. CEMTO E VINTE E SETE, N. 00045 - CAETES I ABREU E LIMA PE 53
530-120
INSCRIÇÃO: 338.170.470.0382.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 053661394

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACITVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO A19M428555	DATA LEIT. ANTERIOR 11/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 12/11/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

AGUA:
LEIT. ANT: 42
LEIT. ATU: 58
LEIT. FAT: 58
CONSUMO: 16

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

09/2019 12
08/2019 21
07/2019 20
06/2019 20
05/2019 20
04/2019 20
MEDIA: 19

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	43	43	42
COR APARENTE	43	43	43
CLORO RESIDUAL	43	43	42
KOLIF. TOTAIS	43	43	43
E. COLI	43	43	43

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,08

COMPANHIA DE SANEAMENTO S/A
06 DEZ 2019
PROTOCOLO
SANEAMENTO S/A

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tatiany Ferreira de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 101.596.864 / 31, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Deilson Lourenço Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.764.974 / 75,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Deilson Lourenço Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.764.974 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

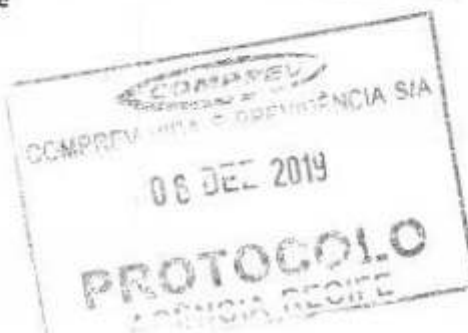
☒ Recuso informar

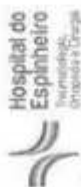
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Lento e Vento e Jate</u>		Número: <u>45</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque I</u>	Cidade: <u>Alcobaça e Lina</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53525-790</u>
E-mail: <u>Tatiany.B.ach@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>81 98582-1863</u>

Local e Data: _____

Tatiany Ferreira de Souza
Assinatura do Declarante





PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA		Dt. Naso: 18/04/1985		Atendimento: 18843777	
Convênio: HAPIDA		Nº Prescrição: 10866549		Prontuário: 12295261	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300212/6		Peso: kg	
1. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agora EV	CRM-022180
2. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agora EV	CRM-022180
3. TALA JOELHEIRA					
4. CONSULTA COM ORTOPEDISTA					
Profissional: CRM-022180 MARCELO PAULO MELLO DE SOUZA					



RP1541

ROMULO VALENTIN DA SILVA

IP: 10.1.22.151

17/09/2019 16:20

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	

Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14906606	15/09/2019	às 07:20
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

Queixa Principal

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:20

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14906710	15/09/2019	às 07:41

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

Queixa Principal

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FISICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]		Nº: 14907644	15/09/2019 às 09:34

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1] QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA. AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES. PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO. COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO. ***** reavaliação paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid cd: analgesia ***** PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO. CD: SOLICITO TC.
------------------	---

Queixa Principal	
CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]
Alergias	Não [1]
Medicação Em Uso	Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1] QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA. AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES. PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO. COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.
---------------	---

DIAGNÓSTICO

CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]
CID10	S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

17/09/2019 16:21

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA Dt. Nasc.: 18/04/1985 Atendimento: 18843777 Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/6
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1] Nº: 14909551 15/09/2019 às 12:46

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1]
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

=====
reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

=====
PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO.

CD:
SOLICITO TC.
=====

TC EVIDENCIA FOCO DE ESCLEROSE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR + APARENTE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NA REGIAO POSTEROSUPERIOR DA FIBULA (FRATURA?). COM PEQUENO FRAGMENTO OSSEO EM PARTES MOLES ADJACENTES A REGIAO POSTERIOR AO CONDILO FEMORAL LATERAL DA TIBIA (FRAGMENTO OSSEO DESTACADO).

CD:
SOLICITO IMOBILIZAÇÃO COM TALA JOELHEIRA AO AMB ULATORIO DO GRUPO DE JOELHO

Queixa Principal

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FISICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID. [1]
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

S800 CONTUSAO DO JOELHO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA

Dt. Nasc.: 18/04/1985

Atendimento: 18843777

Prontuário: 12295261

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/6

CID10

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA	Dt. Nasc.: 18/04/1985	Atendimento: 18843777	Prontuário: 12295261
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): MARCELO PAULO MELO DE SOUZA CRM 022180 [1]	Nº: 14909638	15/09/2019	às 12:55

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

reavaliação

paciente retorna com radiografias que nao evidenciam fraturas ou luxações em mid
cd:
analgesia

PACIENTE RETORNA APOS MEDICAÇÃO ANALGESICA COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO.

CD:
SOLICITO TC.

TC EVIDENCIA FOCO DE ESCLEROSE EM CONDILO MEDIAL DE FEMUR + APARENTE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NA REGIAO POSTEROSUPERIOR DA FIBULA (FRATURA?). COM PEQUENO FRAGMENTO OSSEO EM PARTES MOLES ADJACENTES A REGIAO POSTERIOR AO CONDILO FEMORAL LATERAL DA TIBIA (FRAGMENTO OSSEO DESTACADO).

CD:
SOLICITO IMOBILIZAÇÃO COM TALA JOELHEIRA
AO AMB ULATORIO DO GRUPO DE JOELHO

Queixa Principal

CID10

S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID.
QUEIXA DE DOR EM REGIAO DE JOELHO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS
TRAZIDO PELO SAMU COM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DO TRAUMA.

[1]

AO EXAME FISICO NAO OBSERVO DEFORMIDADES.
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.
COLUNA CERVICAL INDOLOR A PALPAÇÃO E A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA.

CD:
SOLICITO RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO.

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

17/09/2019 16:21

Paciente: DEIVSON LOURENCO SILVA

Dt. Nasc.: 18/04/1985

Atendimento: 18843777

Prontuário: 12295261

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/6

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente...: 12295261 DEIVSON LOURENCO SILVA

Nascimento.: 18/04/1985 Sexo: M

CPF.: 06076497475

Endereco...: R RUA CENTO E VINTE E QUATRO A 35 CAETÉS I ABREU E LIMA PE 53 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 02DCZ010691006019

Solicitante: Dr(a) WILLIAM SILVA V DOS**Queixa Principal:****DOR EM JOELHOS****Exame:****RM DE JOELHO (UNILATERAL)**

1922735211

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Discreto derrame articular.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento com sai sobrecarga do ligamento cruzado posterior.

Estiramento do ligamento colateral medial. Ligamento colateral lateral com sinais de leve sobrecarga.

Fina lesão oblíqua em corno posterior menisco medial tocando a face articular tibial.

Menisco lateral de morfologia e sinal preservado.

Patela tópica com o joelho em mínima flexão. Ângulo troclear preservado.

Gorduras suprapatelar, pré-patelar, pré femoral e de Hoffa sem particularidades.

Cartilagens com espessuras, contornos e intensidade de sinal normais.

Tendões do quadríceps, patelar, poplíteo, bíceps femoral e da pata de ganso sem particularidades.

Fossa poplíteia preservada.

Componentes dos cantos póstero lateral e póstero medial íntegros.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

ANÁLISE:

**Paciente...: 12295261 DEIVSON LOURENCO SILVA**

Nascimento.: 18/04/1985 Sexo: M

CPF.: 06076497475

Endereco...: R RUA CENTO E VINTE E QUATRO A 35 CAETÉS I ABREU E LIMA PE 53 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 02DCZ010691006019

Solicitante: Dr(a) WILLIAM SILVA V DOS**Exame:****RM DE JOELHO (UNILATERAL)**

Pequeno derrame articular.

Acentuado estiramento com lesão subtotal do ligamento cruzado posterior. Estiramento do ligamento cruzado anterior.

Fina lesão vertical de espessura completa em margem interna do corpo do menisco lateral.

Discreto foco de degeneração intrassubstancial em corpo do menisco medial, sem tocar as faces articulares.

Estiramento / sobrecarga do ligamento colateral medial e colateral lateral.

Tendinopatia insercional da pata anserina com aumento de sinal periférico dos tendões.

Planalto tibial lateral e medial.

Ilhota de esclerose em côndilo femoral medial, de questionável clínico atual.

Cartilagens com espessuras, contornos e intensidade de sinal normais.

Tendões do quadríceps, patelar, poplíteo e bíceps femoral sem particularidades.

Fossa poplíteia preservada.

Componentes dos cantos póstero lateral e póstero medial íntegros.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE - CRM 9327-CE



SAC: 0800.280.9130

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR
A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES
E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.

Dr. Victor K. Norales
Traumato - Ortopedia
CREM-2011
Tecnol. Trazo

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome da Paciente

02 - Nº Prontuário

hr. - 10.00

- Labubu

- blimp 2/2/15

04 - Assinatura e carimbo do médico

Y. Singh - Recife - PE, CEP: 52.010-140
46

1

AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 4 8518042

DADOS DA AUTOMATIZAÇÃO

17-174-20

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

7- DATA DE INSCRIÇÃO NA GRUPO

04005 DO BENEFICIAL

10 • MAY 10, 2006 • JAMA

12. MANEJO DO CARIÓTIPO CROMOSSOMAL DE YOUNG

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

F4 - SCHWAFER DEL CONFRATTORE

11. *Journal of the American Statistical Association*, 93(463):1303-1310, 1998.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1

1000

SOCIETÀ / ACCREDITAMENTO E VERIFICHE SULLA QUALITÀ

Enfermidade crônica e o cotidiano: o cotidiano como base para a compreensão da doença crônica

DADOS DO CONTRATADO PRECATORIO

[illegible][illegible]

1

1

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 105–112

DADDY'S DO ATTENDING ATTORNEY

OPINION

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

CHRYSLER CREDIT CORPORATION

CONSTITUTIONAL

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM LÍNEA

100% **RECYCLED**

1

1

1

1

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário / Representante



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

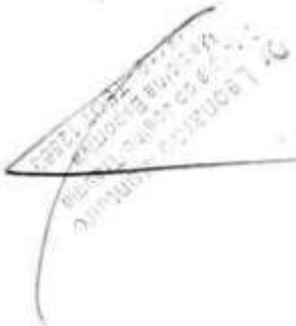
DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

Phyllis Lemos A. M.

02 - Nº Prontuário

Sobr. tto - Rm Lemos


FARMACIA BURGALHO
RUA DA BARRA, 100 - RECIFE - PE

03 - Data

04 - Assinatura e carimbo do médico

CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (**) 3181- 1445

De: Vitor Lemos, Jd
Paciente em Lesão
ligamentar do joelho
Encaminhado ao
Kinefit do joelho para
determinar condutas

CID: S836 + H235

Assinado por
Dr. Victor R. Nogueira
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 2011

Kfe 05.12.2019

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida saude

 @hapvidasaude

www.hapvida.com.br





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME
TATYANY FERREIRA DE SOUZA

NUMERO
44563

FUNÇÃO
JOSENILO MANOEL DE SOUZA
LAMEQUE FERREIRA DE SOUZA

EXATIDÃO
OLINDA-PE

DATA DE NASCIMENTO
29/11/1993

RG
8743291 - SCS/PE

CPF
101.598.894-21

POSSUIR DE URGAS E TITULO
NÃO DECLARADO

VIA EXPIRADO EM
01 17/08/2017

RONALD DEUS DUARTE
PRESIDENTE



16.12.19

Reunión de trabajo de este día, informo que me
tengo interesado en permanecer con el abogado
tatyana Ferrero no podero administracion de re-
quis DPVAT.

Declaro concurrido sobre

EL COMPLEJO

UNIDAD DE TRABAJO

13 DEZ 2019

PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683771 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHOS COM LESÃO LIGAMENTAR À DIREITA E ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2-5,7(BAM) P.9,10(EXAME) P.15(RELATÓRIO) CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 05/12/2019, EMITIDA PELO DR. VICTOR R. NOGALES, CRM/PE No. 2011, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DEIVSON LOURENÇO SILVA, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: MILITAR, portador (a) da Cédula de Identidade nº 50834 e inscrito (a) no CPF/ sob o nº 060.764.974-25, residente e domiciliado (a) na Rua 124-A, nº 135, bairro: CAETÉS I, cidade: ABREU E LIMA PE, CEP. 53530-092.

OUTORGADO: Dra. TATYANY FERREIRA DE SOUZA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PE sob o nº. 44.563 -D, com endereço profissional no timbre, onde recebem intimações.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes à cláusula *ad iudicia et extra*, podendo requerer justiça gratuita, propor e variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos da outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, e podendo agir, independentemente da ordem de nomeação, de forma conjunta ou individual. Esta Procuração tem a validade do processo em que se inserir, perdendo sua validade automaticamente com o arquivamento definitivo dos ditos autos.

FIRMA RECONHECIDA
Tat. Tatyany Ferreira de Souza

Abreu e Lima, 25 de novembro de 2019.

Deivson Lourenço Silva
Deivson Lourenço Silva
Constituente



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-020439

Reconheço por autenticidade a firma de
DEIVSON LOURENÇO SILVA
Data: 06/12/2019 14:08:37
SELO DIGITAL: 0077644 GTY11201901 01751
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/ajudigital
END: 3.91 TSNN: 0.00 PERC: 0.40 ISS: 0.00
FERR: 0.04 FUNSES: 0.00

MARIA JOSE DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438453/19

Número do Sinistro: 3190683771

Vítima: DEIVSON LOURENCO SILVA

CPF: 060.764.974-75

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEIVSON LOURENCO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: DEIVSON LOURENCO SILVA
CPF: 060.764.974-75

DEIVSON LOURENCO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA