



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2016

Carta nº: 9919808

A/C: OSIEL LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3160635332 ASL-1120820/16
Vitima: OSIEL LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2016

Carta nº: 9930064

A/C: OSIEL LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3160635332 ASL-1120820/16
Vitima: OSIEL LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAIRO MARIANO DO ESPIRITO SANTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2016

Carta nº: 10082279

A/C: OSIEL LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3160635332 ASL-1120820/16
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAIRO MARIANO DO ESPIRITO SANTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10155446

A/C: OSIEL LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3160635332 ASL-1120820/16
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAIRO MARIANO DO ESPIRITO SANTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: OSIEL LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000673-4

Conta: 0000044402-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, OSIEL LUIZ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 05678065496 EXPEDIDO POR DETRAN-PE EM 20/12/13 E

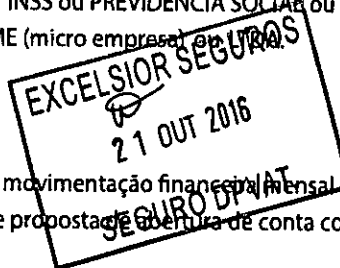
CPF 050133434-32 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusa

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusa (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OSIEL LUIZ DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta e abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

DOCUMENTO 1 *T1%*



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0673-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44.402-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

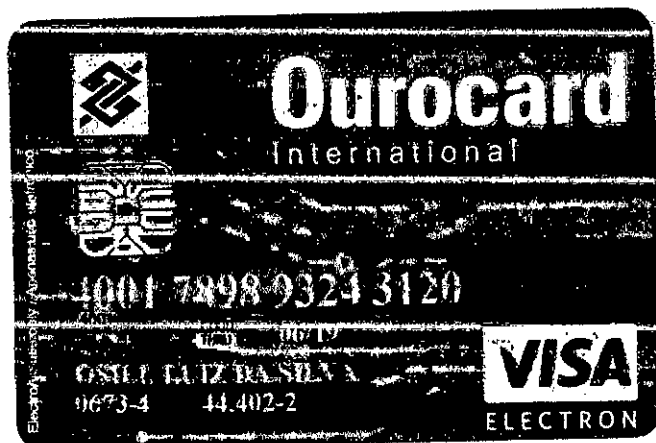
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CARPIVA-PE, 10 de OUTUBRO de 2016 * Osiel Luiz da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS

21 OUT 2016

SEGURO DPVAT.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA - DP51ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **16E0141000083**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2016** às **11:24****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 12/12/2015 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE VICENCIA, 1, PE-74 ZONA RURAL VICENCIA-PE -
Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR E AGENTE)
OSIEL LUIZ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSIEL LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: DJALMA
LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 29/12/1980 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6922008/SDS/PE (RG) Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARPINA, DIGO, RUA MOACIR MARIA DA SILVA, 96 TRES MARIAS
CARPINA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): OSIEL LUIZ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
OSIEL LUIZ DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYP8060 (PERNAMBUCO/CARPINA) Chassi: 9C2KC1660FR009477
Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: ANO/ODELO: 2014-2016 RENAULT 1020306596

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Privativo dos Registradores de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126. Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe.
Carpina-PE, 24/02/2016 08:55:02. Emol: R\$ 2,79, ISM: R\$ 0,62,
FERE: R\$ 0,01. Total: R\$ 3,42. Celo nº
0074927-E010101501-19089 José Manoel da Silva Filho,
Tabelião

11/5/2005 01:56

DOCUMENTO 1 - 71%

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA NO SENTIDO VICENCIA/MURUPÉ QUANDO DE FORMA REPENTINA UM CAVALO ATRAVESSOU A PISTA EM SUA FRENTE, RELATA QUE AO TENTAR DESVIAR PARA NÃO BATER NO ANIMAL ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, CHEGANDO A DESMAIAR E QUEBRAR O BRAÇO DIREITO E DESLOCAR A RÓTULA DIREITA. A VITIMA INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA LOCAL E DE LÁ FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS.

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

Osiel Luiz da Silva
OSIEL-LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

Cristiano de Araujo Rodrigues
B.O. registrado por: CRISTIANO DE ARAUJO RODRIGUES - Matrícula: 220814-8

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Privativo dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 128, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Carpina-PE, 29/02/2016 08:55:02. Emp: R\$ 2,79, TSM: R\$ 0,62.

FEE: R\$ 0,01. Total: R\$ 3,42. Salo no

0074807-006102015-01-16090 José Manoel da Silva Filho

Tabela

EXCELSIOR SEGUROS

21 OUT 2016

SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, OSIEL LUIZ DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 056 7806 54 9 5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.133.434-34, residente e domiciliado na RUA MOCIR MARIA DA SILVA Nº 96, Cidade CARPINA, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

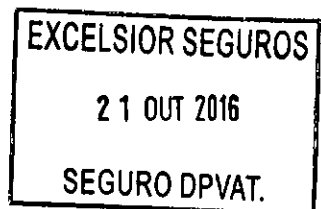
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

DOCUMENTO 3 *T3%*



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



CARPINA PE 10 DE OUTUBRO DE 2016

Local e data

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: 05/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00673-4

CONTA: 000000044402-2

Nr. da Autenticação 9057425A914BD4C3



PREFEITURA MUNICIPAL DE
VICÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA

Ato

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO Nº **27349**

Em **12** de **DEZEMBRO** de **15** Hora: **21:35**

Nome: **OSIEL LUIZ DA SILVA**

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: **29/12/80** Estado Civil: **35 an**

Endereço: **MURIBE** Cidade: **Vicência**

Complemento: Filiação: **MARIA DE LUIZ DA SILVA**

Doença Principal: **Vitima acidente cl mot particular**

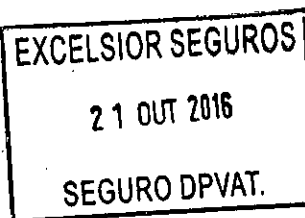
Exame Físico: **EM - volt - EM - Edipropin**

Pressão Arterial = **PA - 100 + 70**

Prescrição Médica:

Auxiliar de Enfermagem: Médico:

DOCUMENTO 2 *T24*



7639183

17.12.17

0111711

514215

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, OSIEL LUIZ DA SILVA

RG nº 05678065495, data de expedição 30/12/13, Órgão DETRAN-PE,

CPF nº 050.133.434-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 *T2%*

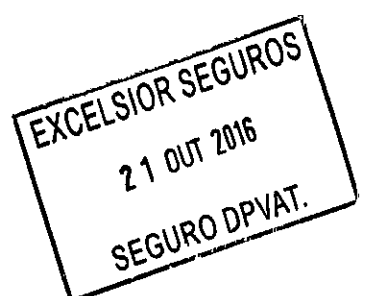


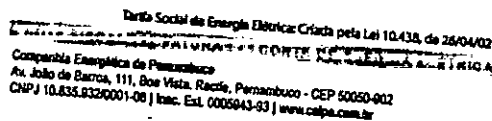
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MOACIR MARIA DA SILVA</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TRÊS MARIAS</u>
Cidade	<u>CARPINA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9620-0115/3621-6986/9184-8677/87266685</u>
E-mail	<u>Julique1010@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina-PE 10 DE OUTUBRO DE 2016

Assinatura do Declarante: x Osiel Luiz da Silva





RUA MOACIR MARIA DA SILVA 624

TRES MARIA VCA 2PINA
CAPPINA PE
55810-000

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofasico

Nº DA NOTA FISCAL 000842808	SERIE UNICA	IMP. FISCAL 10/08/2018
APRESENTAÇÃO 10/08/2018	Nº DO CLIENTE 2002871870	Nº DA INSTALAÇÃO 778341

CONTRATO
 1817158020 08/2018
 DATA DE VENCIMENTO 31/08/2018 09/08/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$) 79.42

Consumo Água (kWh) .
Contribuição Iluminação e Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 000814567-10/06/18
Multa por atraso-NF 000873172 - 09/08/18
Juros por atraso-NF 000873172 - 09/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
108,000000	0,83126806	89,77
		8,42
		0,84
		1,65
		0,84

5683 RBNT 4986729082 16 MAR 57, 2001 10:10:12

TOTAL DA FATURA

INFO MEDICOR	TIPO DA FICHA	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	DIFFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (ml)
72314	FICHA CAT	11/2/2018	18.12	12/2/2018	18.12	0.00	1.0000		108.01

COMPOSIÇÃO DO CONTRATO			
	RS	%	
Contribuição do Estado	23,25	37,50	
Contribuição do Município	0,00	0,00	
Contribuição do Estado (Cotas)	14,77	23,86	
Contribuição do Estado (Cotas)	6,75	10,94	
Tributos	20,52	33,25	
Total	65,29	100,00	

C089 656D 48EC 33F7 6EE4 FBE4 F37B 00C0

[illegible]

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos a não pagamento da parcela de R\$ 2.000,00 em atraso da seguinte forma:

Vencido	Data vencimento	Valor	Valor em atraso	Vencido	Data vencimento
OTIMIS	10/08/95	R\$ 2.000,00			

Em caso de não pagamento de 30 dias, a taxa de juros de mora passa a ser: 12% ao mês, sendo devido o pagamento das parcelas em atraso, e a cobrança do saldo devedor. Não comunicamos não recebimento e nem a data de vencimento das parcelas em atraso, pois a obrigação permanece sendo de sua inteira responsabilidade. Não cobramos juros de mora e nem a taxa de juros de mora.

As condições gerais de
 funcionamento (Resolução ANTEL
 474/2011), tarifas, prazos,
 condições especiais e outras co-
 ndições de utilização, por a-
 cordado, em relação à utilização do
 equipamento e no site
www.caspe.com.br

	VALOR APPROXIMADO	LÍNEA SEGURA	LÍNEA TENDENCIAL	LÍNEA PARABÓLICA
DNC	0,14	5,1	10,28	71,73
ME	1,08	3,6	6,85	11,70

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

AUTUAÇÃO E REGISTRO

DISTRIBUIÇÃO

08:32:47
30/01/2013
08:32:16
30/01/2013
08:32:15



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: **DAMIANA JULIA DOS SANTOS**, brasileira, casada,
Aposentada, portador do RG nº 3.338.934 SSP/PE e inscrito
no CPF/MF sob o nº 584.202.154-49, residente e domiciliado
na _____

OUTORGADO: **CAIO MARCOS DE MELO CAVALCANTI E**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAIRO MARIANO DO ESPÍRITO SANTO

RG nº 6150223, data de expedição 20/09/2013, Órgão SSP-PE,

CPF nº 042.151.614-36, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	RUA ANTONIO CARNEIRO CEZAR MENEZ
Número	24
Apto / Complemento	CASA
Bairro	SENZALA
Cidade	CARPINA
Estado	PERNAMBULO
CEP	558230-130 55813-130
Telefone de Contato	(81) 3621-6986 / 9620-0115 / 8726-6685 / 9184-8677
E-mail	Juliquelso10@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

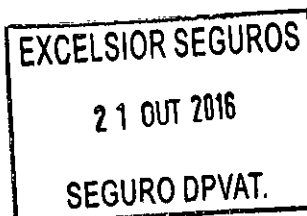
DOCUMENTO 1 *T1%*

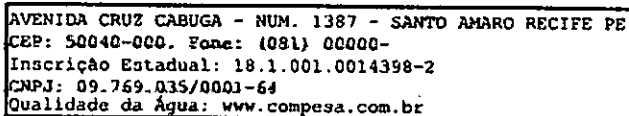


Local e Data: Carpina-Pe 10 de Outubro de 2016

Assinatura do Declarante:

Jairo Mariano do Espírito Santo





Escritório: CARPINA

DADOS DO CLIENTE

LUCTANO CESAR CUNHA DOS SANTOS

R ANTONIO CARNEIRO CEZAR MENEZES, N. 00094 - - SENZALA CARPINA PE 55813-130

INSCRIÇÃO: 040.711.017.0005.327

GRUPO: 5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00607964.4

RESPONSÁVEL

ENDRECO PARA ENTREGA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR	RS
100	100
200	200
300	300
400	400
500	500
600	600
700	700
800	800
900	900
1000	1000
1100	1100
1200	1200
1300	1300
1400	1400
1500	1500
1600	1600
1700	1700
1800	1800
1900	1900
2000	2000
2100	2100
2200	2200
2300	2300
2400	2400
2500	2500
2600	2600
2700	2700
2800	2800
2900	2900
3000	3000
3100	3100
3200	3200
3300	3300
3400	3400
3500	3500
3600	3600
3700	3700
3800	3800
3900	3900
4000	4000
4100	4100
4200	4200
4300	4300
4400	4400
4500	4500
4600	4600
4700	4700
4800	4800
4900	4900
5000	5000
5100	5100
5200	5200
5300	5300
5400	5400
5500	5500
5600	5600
5700	5700
5800	5800
5900	5900
6000	6000
6100	6100
6200	6200
6300	6300
6400	6400
6500	6500
6600	6600
6700	6700
6800	6800
6900	6900
7000	7000
7100	7100
7200	7200
7300	7300
7400	7400
7500	7500
7600	7600
7700	7700
7800	7800
7900	7900
8000	8000
8100	8100
8200	8200
8300	8300
8400	8400
8500	8500
8600	8600
8700	8700
8800	8800
8900	8900
9000	9000
9100	9100
9200	9200
9300	9300
9400	9400
9500	9500
9600	9600
9700	9700
9800	9800
9900	9900
10000	10000

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE AGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JUROS DE MORA

08/2016

06/2016 05/2016

9 M3

37.25

0.76

1.15

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

CONTRIBUȚIA	BASESAL (RON)	CONTRIBUȚIA (%)	VALORĂ ÎN RON
PIS	37,25	1,65	0,61
COPINS	37,25	7,60	2,83

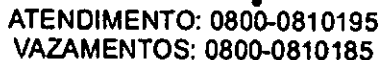
VENCIMENTO: 08/10/2016

TOTAL A PAGAR:	39,16
----------------	-------

EM 31/08/2016, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: **INTERNET**

Emitido em: 09/10/2016



Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00607964.4

09/2016-5

VENCIMENTO: 08/10/2016

TOTAL A PAGAR:	39.16
----------------	-------

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82810000000-3 39160018040-1 00607964401-4 09201650003-4



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

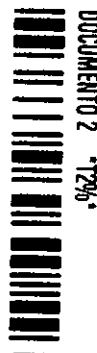
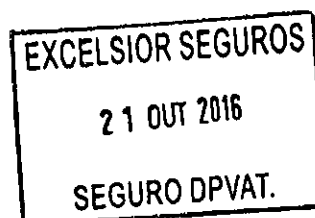
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAIRO MARIANO DO ESPÍRITO SANTO, portador(a) do
RG nº 6.150.223, expedido por SSP-PE, em
20 109 12013, CPF/CNPJ nº 042.151.614-36,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) OSIEL
LUIZ DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima OSIEL LUIZ DA SILVA, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RETUDANTE Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: RECUSA

Jairo Mariano do Espírito Santo
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





PREFEITURA MUNICIPAL DE
VICÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO Nº **27349**

Em: **12 de DEZEMBRO de 15** Hora: **21:35** ☐ Consulta Simples ☐ Consulta com Q. S.

Nome: **OSIEC LUIZ DA SILVA** **35 an**

S. D: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: **29/12/80** ano Estado Civil:

Endereço: **MURIBE** Cidade: **Vicência**

Complemento: Filiação: **MARIA DE L. DA SILVA**

Queixa Principal: **Vitima acidente cl moto pto-ponto.**

Exame Físico:

Pressão Arterial = **X** Temperatura = **1**

Prescrição Médica: **EM - voltam** **PA - 100 + 70**
EM - clt profino

Auxiliar de Enfermagem

Médico

DOCUMENTO 4 *T4%*



EXCELSIOR SEGUROS

21 OUT 2016

SEGURO DPVAT.

639183

54615

17.12.17

011710



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

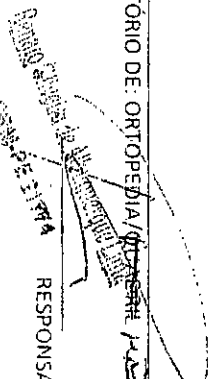
DATA DE ENTRADA: 17/12/15 DATA DE SAÍDA: 19/02/2016

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:
FERIMENTO JOELHO + FRATURA DE RADIO DISTAL

DIAGNÓSTICO FINAL:
O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):
REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DO JOELHO NA EMERGENCIA, EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE.
AGUARDOU NA EFEMARIA DIMINUIÇÃO DO EDEMA. JOELHO DAS PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO PARA TTO DEFINITIVO DA FRATURA DO RADIO DISTAL. COMO FRATURA DO RADIO TINHA UM TRAÇO EXTENSO NECESSITAVA DE PLACA LONGA BLOQUEADA PARA DEFINIR O CASO.
EMPRESA VENCEDORA DA LICITAÇÃO NÃO TINHA PLACA ADEQUADA PARA REALIZAR O TRATAMENTO DEFINITIVO, TENDO SIDO ENCOMENDADA PELA PRÓPRIA EMPRESA UMA PLACA DE TAMANHO ADEQUADO.
DEVIDO TEMPO PROLONGADO DE ESPERA, FRATURA APRESENTOU SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA E RADIOLOGICA.
APÓS DISCUTIR CASO COM A PRECEPTORIA DA MÃO E COM O PACIENTE, OPTADO, EM CONJUNTO, POR TRATAMENTO CONSERVADOR.
ORIENTANDO A REALIZAR FISIOTERAPIA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA/ORTOPEDIA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS


MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

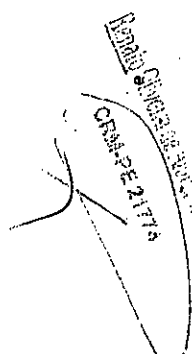
INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado OSIEL LUIZ DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

Deverá comparecer ao ambulatório de: MAO
Com 15 dias


CRM-PE 21171

Recife, 19/02/2016

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Isabel Leiria de Silva Registro: 386843
Data: 17/10/2016 Sala: 02 Emergência: Sim (X) Não ()
Cirurgião: Dr. George Rocha Auxiliar: Francielle Anestesista: Dr. Marcos Rely
Instrumentador: Francielle Anestesia: Analgesia () Bloqueio () Local () Peridural () Raquí (X) Sedação ()
Cirurgia: Geral ()

QTD	Medicamento	QTD	Material	QTD	Fila
	Adrenalina ampola		Aguilha 13 x 4,5 Unid.		Algodão Sem Agulha
	Água bidestilada 10ml amp.		Aguilha 25 x 07 Unid.		Algodão Com Agulha
	Água bidestilada 500ml FA		Aguilha 40 x 12 Unid.		Cat Gut Cromado nº
	Amonofilina ampola		Aguilha p/peridural Nº		Cat Gut Simples nº
	Amicacina		Aguilha p/Raqui Nº		Seda nº
	Atropina ampola		Alg. Ortopedia (gm)	02	Mononylon nº
	Bicarbonato de Sódio		At. de Crepe CM		Monicron nº
	Cloreto de Sódio		Cat. Subclávia Adulto		Fita Cardíaca
	Decadron		Cat. Subclávia Pediátrico		Prolene nº
	Diclofenaco de Sódio		Cateter Peridural		Vicryl nº
	Dipirona		Coletor Sist. Aberto		
	Diprivan (Propofol) amp.		Coletor Sist. Fechado		
	Dopamina		Compressa Cirúrgica		
	Efortil ampola		Dreno Lâminar Nº		
	Etrane (ML)		Dreno Penrose Nº		
	Fenergan		Dreno de Sucção Nº		
	Flagyl (Metronidazol) TB		Dreno Torácico Nº		
	Forane (ML)		Equipo Macro/microgts		
	Glicose		Esparadrapo Ant. CM		
	Gluconato de Cálcio		Esparadrapo Imperm. CM		
	Halotano (ML)	04	Gase		
	Heparina	05	Compressa c/04 Unid.		
	Hidrocortisona		Lâmina Bisturi Nº		
	Hioicina		Luva Cirúrgica 7,0		
	Hypaque	07	Luva Cirúrgica 7,5		
	Isoflurane (ML)		Luva Cirúrgica 8,0		
	Kefazol 1g		Luva Para Procedimento		
	Keflin 1g		Máscara		
	Lasix		S. Endotraqueal C/B Nº		
	Manitol (3%) / (20%)		S. Endotraqueal S/B Nº		
	Micoclina		Seringa 01cc		
	Neocaina 0,5% C/A		Seringa 05cc		
	Neocaina 0,5% S/A		Seringa 10cc		
	Neocaina 5% pesada		Seringa 20cc		
	Pavulon amp.		Seringa 60cc		
	Plasil amp.		Sonda Asp. Traqueal Nº		
	Prostigmina amp.		Sonda Foley Nº		
	Ranitidina		Sonda Nasogástrica Nº	05	Traco azul
	S. Fisiológico 0,9% 1000ml		Sonda uretral Nº	05	Kit de anestesia
	S. Fisiológico 0,9% 500ml		Sonda Retal Nº	05	Isotex
	S. Glicosado 5% 500ml		Surgical Unid	05	Cuba
	S. Glicosado 10% 500ml		Tela Prolene CM	02	Bandejas
	S. Ringer Lactato 500ml		Turbante / Touca	05	Fonte de aspiração
	Tilatil 40mg FA		Jelco nº	02	Funho de feto
	Tracrium amp.		Liga Clip nº 300	06	Paixe Nº 20
	Tracrium amp.		Liga Clip nº 400	04	Aduro gelado
	Dimorf 10mg amp.		Xylocaina Gaseia		
	Dolantina amp.		Xylocaina Spray		
	Dormonid 15mg amp.		Tornelinha 3 vias		
	Lanexat amp.		Bolsa de Colostomia		
	Rapifen amp.		Atadura Gessada		
	Vallum 10mg amp.		Eletrodos		
	Água Oxigenada (ML)		Traqueostomia		
	Alcool 70% (ML)		Cateter Nasal		
	Alcool Iodado (ML)		Cera para Osso		
	Cloroxidina				
	Detergente Enzimático				
	Éter (ML)				
	PVPI Degermante (ML)				
	PVPI Tópico (ML)				
	Tintura Benjoim (ML)				

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

INICIO: 11:50
TERMINO: 12:50
ANESTESIA: 13:45

EQUIPAMENTOS	IN	OUT
Artroscopia		
Arco Cirúrgico		
Bisturi Elétrico	X	
Capnógrafo		
Monitor Cardíaco	X	
Oxímetro	X	
Vídeo		

315-3

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimarães s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800i

Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA ID amost: DIU15
ID paciente: 986843 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
Idade: Data da coleta: 31/12/2015
Sexo: Fem Hora da coleta:
Médico: Depart.: 3 SUL-315/
Diagn.: Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARÇ	Interv. ref.
GLICOSE	80	mg/dL		70 - 100
UREIA	48	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.96	mg/dL		0.60 - 1.10

Data/Hora solicitação: 31/12/2015 Data/Hora teste: 31/12/2015 Data/Hora impr.: 31/12/2015 11:44:12

Festador: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra


Roberto Santos
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PE 1545

REVISADO/FE

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

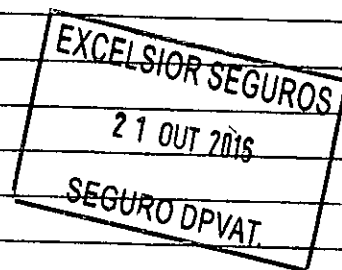
Nome do Paciente: Osiel Luiz da Silva
Prontuário nº: 986843 Hora da Cirurgia: _____
Tipo de Cirurgia: M. com fratura do Rádio direito
Cirurgião: Aluísio Queiroz Clínica: Neumafologia
Anestesista: _____

servidor (☒) COOPANEST (☐)

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)

Placa era pequena para o fêmur

Alinhamento não foi possível



Data: 01/02/16

Aluísio Queiroz
Ortopedista/Cir. Membro Superior
CRM 14508 TEOT 10551

Hora da Suspensão: 14:00

Assinatura do responsável pela suspensão

Ivoneide Lopes

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

Ivoneide Lopes
Enfermeira
COREN-PE 271.876



SEFUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: QZIER LUIZ DA SILVA

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

19/02/16

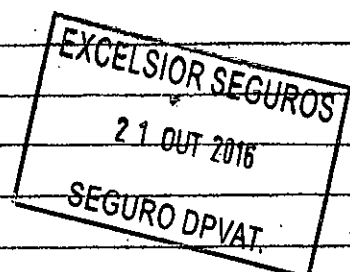
Tramite Despedimento: Paciente sem alterações
do quadro. Realizada e orientada atividades
mantendo função manual.

Silva, Cristina M. da Rocha
psic. Ocupacional
nº 4689 - TO

25/02

Fisioterapia motora (0502050019)
Realizada fisioterapia motora
nos art. livres do mss.

Andrezza Gusmão
Fisioterapeuta
CREFITO. 42857



Atendimento: 467833
Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA
Setor: UND

Leito: 26-01

Idade: 35 Anos 0 Mês

Médico Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/01/2016

Data anotação: 26/01/2016

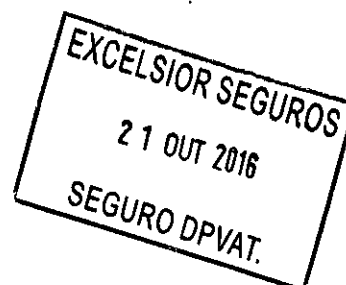
Responsável: MARIA JOSEANE NERI

Hora anotação: 11:07

Anotação

PACI COM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, ACEITA DIETA
ELIMINACOES FISIO PRESENTES SEM QUEIXAS E MEDICADO CONFORME PRESCRICAO, AGUARDANDO CIRURGIA DIURESE +
VACUAÇÃO PRESENTE SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MARIA JOSEANE NERI
COREN 293516



Atendimento: 467833

Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA

Convênio: SUS - INTERNACAO

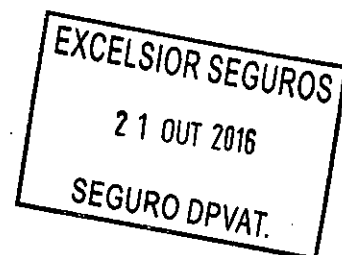
Médico(a) Assistente: FRANCISCO LIMEIRA DOS SANTOS NETO / CRM - 5387

Idade: 35

Plano: PLANO UNICO

Data Referencia: 28/01/2016

AFERIÇÃO				
Descrição	Valor	Instrumento	Responsável	Data
P.A.DISTOLICA	70.0 MMHG	TENSIOMETRO	JOSIVANE	28/01/2016 14:17
P.A. SISTOLICA	120.0 MMHG	TENSIOMETRO	JOSIVANE	28/01/2016 14:17
TEMPERATURA AXILAR	35.6 °C	TERMOMETRO	JOSIVANE	28/01/2016 14:17



JOSIVANE MARQUES DOS SANTOS
COREN 938105

Atendimento: 467833

Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA

Idade: 35 Anos 0 Mês

Setor: UND

Leito: 26-01

Médico Assistente: FRANCISCO LIMEIRA DOS SANTOS NETO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 28/01/2016

Data anotação: 28/01/2016

Hora anotação: 22:58

Responsável: MARIA JOSEANE NERI

Anotação

PACT COM EGR. CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, ACEITA DIETA
ELIMINAÇÕES FÍSIO PRESENTES SEM QUEIXAS E MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO. AGUARDANDO CIRURGIA DIURIESE -
EVACUAÇÃO PRESENTE SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MARIA JOSEANE NERI
COREN 293516



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nome do Paciente:

Drill time

604

5505

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Registro:		Enfermaria:		Leito:	
	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
1) Data de início da	13/03/15	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
2) Sinais e sintomas	15/8			15/8			
3) Exatidão	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
4) Evolução	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
5) Diagnóstico	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
6) Tratamento	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
7) Prognóstico	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
8) Observações	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
9) Assinatura	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015
10) Data	15/8	18/12	19/12	20/12	21 DEZ. 2015	22/12/15	23 DEZ. 2015

HGO F-030

George Rocha
Traumatologia

10452
 10453
 10454
 10455
 10456
 10457
 10458
 10459
 10460
 10461
 10462
 10463
 10464
 10465
 10466
 10467
 10468
 10469
 10470
 10471
 10472
 10473
 10474
 10475
 10476
 10477
 10478
 10479
 10480
 10481
 10482
 10483
 10484
 10485
 10486
 10487
 10488
 10489
 10490
 10491
 10492
 10493
 10494
 10495
 10496
 10497
 10498
 10499
 10500
 10501
 10502
 10503
 10504
 10505
 10506
 10507
 10508
 10509
 10510
 10511
 10512
 10513
 10514
 10515
 10516
 10517
 10518
 10519
 10520
 10521
 10522
 10523
 10524
 10525
 10526
 10527
 10528
 10529
 10530
 10531
 10532
 10533
 10534
 10535
 10536
 10537
 10538
 10539
 10540
 10541
 10542
 10543
 10544
 10545
 10546
 10547
 10548
 10549
 10550
 10551
 10552
 10553
 10554
 10555
 10556
 10557
 10558
 10559
 10560
 10561
 10562
 10563
 10564
 10565
 10566
 10567
 10568
 10569
 10570
 10571
 10572
 10573
 10574
 10575
 10576
 10577
 10578
 10579
 10580
 10581
 10582
 10583
 10584
 10585
 10586
 10587
 10588
 10589
 10590
 10591
 10592
 10593
 10594
 10595
 10596
 10597
 10598
 10599
 10600
 10601
 10602
 10603
 10604
 10605
 10606
 10607
 10608
 10609
 10610
 10611
 10612
 10613
 10614
 10615
 10616
 10617
 10618
 10619
 10620
 10621
 10622
 10623
 10624
 10625
 10626
 10627
 10628
 10629
 10630
 10631
 10632
 10633
 10634
 10635
 10636
 10637
 10638
 10639
 10640
 10641
 10642
 10643
 10644
 10645
 10646
 10647
 10648
 10649
 10650
 10651
 10652
 10653
 10654
 10655
 10656
 10657
 10658
 10659
 10660
 10661
 10662
 10663
 10664
 10665
 10666
 10667
 10668
 10669
 10670
 10671
 10672
 10673
 10674
 10675
 10676
 10677
 10678
 10679
 10680
 10681
 10682
 10683
 10684
 10685
 10686
 10687
 10688
 10689
 10690
 10691
 10692
 10693
 10694
 10695
 10696
 10697
 10698
 10699
 10700
 10701
 10702
 10703
 10704
 10705
 10706
 10707
 10708
 10709
 10710
 10711
 10712
 10713
 10714
 10715
 10716
 10717
 10718
 10719
 10720
 10721
 10722
 10723
 10724
 10725
 10726
 10727
 10728
 10729
 10730
 10731
 10732
 10733
 10734
 10735
 10736
 10737
 10738
 10739
 10740
 10741
 10742
 10743
 10744
 10745
 10746
 10747
 10748
 10749
 10750
 10751
 10752
 10753
 10754
 10755
 10756
 10757
 10758
 10759
 10760
 10761
 10762
 10763
 10764
 10765
 10766
 10767
 10768
 10769
 10770
 10771
 10772
 10773
 10774
 10775
 10776
 10777
 10778
 10779
 10780
 10781
 10782
 10783
 10784
 10785
 10786
 10787
 10788
 10789
 10790
 10791
 10792
 10793
 10794
 10795
 10796
 10797
 10798
 10799
 10800
 10801
 10802
 10803
 10804
 10805
 10806
 10807
 10808
 10809
 10810
 10811
 10812
 10813
 10814
 10815
 10816
 10817
 10818
 10819
 10820
 10821
 10822
 10823
 10824
 10825
 10826
 10827
 10828
 10829
 10830
 10831
 10832
 10833
 10834
 10835
 10836
 10837
 10838
 10839
 10840
 10841
 10842
 10843
 10844
 10845
 10846
 10847
 10848
 10849
 10850
 10851
 10852
 10853
 10854
 10855
 10856
 10857
 10858
 10859
 10860
 1

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

Renato Oliveira de A.

St. Pauli Credit
Kreuznach - Otoppe
Mittelschule 427
Auditions, Orphe - PE 10662

Marcos Jorge C. de Vasconcelos
Medicador Orgânico e Transmutador
Acadêmicas Ortopédia e Traumatologia
Graf - PE 10652



SES FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nome do Paciente: **Osil Louz do NRe**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Registro:		Enfermaria:		Leito:	
	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
1) dieta livre - zero	14/12/15	15/12/15	16/12			
2) SGL 1000ml EV 12/24h	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
3) diágnose - 1º EV 6/6h	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
4) 7/24h 1º EV 12/12h	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
5) planif 04mg EV 8/8h SIN	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
6) curacino	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
7) 55m	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
8) 5x 1000g	18/12/15	18/12/15	18/12/15			
CETATO 7/24h 1º EV 6/6h						

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

21/10/16

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Inel Vaz da Silva Registro: 986843

Clínica: _____ Procedência: _____

LAUDO MÉDICO

Paciente com fratura de
côccix distal + lesão de ARVO
em m. S. (1).

Exatidão com dor forte +
perda de força - m. S. (1).

Está em acompanhamento no
posto hospital devido possível
necessidade de cirurgia futura

563.3 + 552.5 + m. S. (1)

Data: 10/10/11

Médico-CRM

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprício Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Ornel Nery de Lima Registro: 986843

Clinica: _____ Procedência: _____

- leitura:

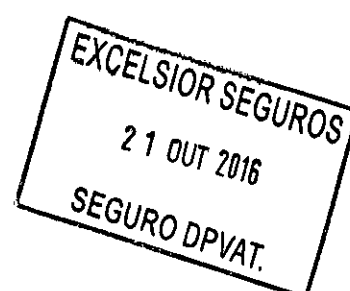
① Rx do punho ② AP+P

① Rx do antebraço ② AP+P.

Data: 06 / 10 / 16

Médico-CRM

075-HOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Ornela Vaz de Lima Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Língua

① Retorno em 15 dias
(mes)

Data: 00/10/16

Médico-CRM

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 OSIEL LUIZ DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 253848 XXXX PE

CPF
 050.133.434-37

DATA NASCIMENTO
 29/12/1988

PLAÇÃO
 DJALMA LUIZ DA SILVA

MARIA DE LOURDES DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC

CAI NBR
 AB

Nº REGISTRO
 05676065495

VALIDADEZ
 26/12/2016

1ª HABILITAÇÃO
 26/12/2012

OPERAÇÕES
 Exerce Ativ. Remunerada

osiel luiz da silva
 Assinatura do Portador

LOCAL
 CARPINA - PE

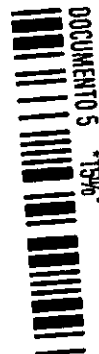
DATA EMISSÃO
 30/12/2013

65157234286
 PRO57430691

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 868351670

PROIBIDO PLASTIFICAR
 868351670



EXCELSIOR SEGUROS
 21 OUT 2016
 SEGURO DPVAT.

MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CADEIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JAIRDO MARIANO DO ESPIRITO SANTO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6150223 SSP PE

CPF
042.151.614-36

DATA DE NASCIMENTO
24/09/1983

PLAÇÃO
CARLOS MARIANO DO
ESPIRITO SANTO
MARGARIDA JOSE DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02746843316

VALIDADE
25/10/2017

Nº HABILITAÇÃO
14/02/2003

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL
CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
28/09/2013

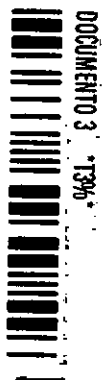
Assinatura do Emissor

36891041364
PE2849933302

DET DAN - PE - (PERNAMBUCO)

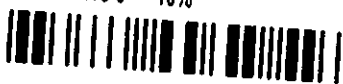
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
761060329

PROIBIDO PLASTIFICAR
761060329



EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 6 *T6%*



JUL 2016
SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO S.C.INDÚST.

CONTRAN		DENATRAN	
Nº 012805273763		Nº 012805273763	
VEICULO		VEICULO	
MARCA		MARCA	
MODELO		MODELO	
COR		COR	
ANO		ANO	
PLACA		PLACA	
VALOR		VALOR	
PREMIO		PREMIO	
TAXA		TAXA	
OUTROS		OUTROS	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E TRANSPORTAÇÕES, OU NÃO. SEGURO DPVAT

PÊNE 012805273763		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
OPERAÇÃO DA SÉLIA		OPERAÇÃO DA SÉLIA	
ESTO É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		ESTO É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodotransito.com.br		www.dpvatsegurodotransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204		SAC DPVAT 0800 022 1204	
CARTÃO DE PÊNE		CARTÃO DE PÊNE	
Nº 012805273763		Nº 012805273763	
HONDA/CG		HONDA/CG	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TARIFARIO	
CORREÇÃO		CORREÇÃO	
TAXA		TAXA	
OUTROS		OUTROS	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DLTRAN - PE Nº 012805273763
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

OPED LUIZ DA SILVA

CARREIRA - PE

PLACA CYP9060
CNPJ 08.348.808/0001-04

FAZ MOTOCICLETA ALCO GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2014

CAPITOT/OL 28/149CL CATEGORIA PARTIC

1 IPVA 2016 QUITA 100% COTA UNICA 100% COTA UNICA
P 1 FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COPIAS 2
V 1 FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COPIAS 3

AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCEIRE

CARREIRA - PE Nº 012805273763

OPED LUIZ DA SILVA

CARREIRA - PE Nº 012805273763

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

OPED LUIZ DA SILVA

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

PE Nº 012805273763 BILHETE DE SEGURO DPVAT
OPED LUIZ DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARREIRA - PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 01/07/16

PLACA CYP9060

OPED LUIZ DA SILVA

HONDA/CG 150 TITAN EX

9C2EC1660P33477

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

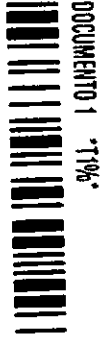
SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
18 NOV 2016
SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 1 7196

DETRAN-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA _____ CÔD. RENAVAM _____ R.T.B. _____ EXERCÍCIO _____
*** ***** ****

NOME / ENDEREÇO _____

CPF / CGC _____

PLACA _____
OYP9060

PLACA ANTERIOR/UF _____

CHASSI _____
9CZXC1648F289477

ESPÉCIE TIPO _____
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL _____
ALCOGASOL

MARCA/ MODELO _____
HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB _____ ANO MOD _____
2014 2015

CAP / POT / CIL _____
200/149

CATEGORIA _____
PARTIC

COR PREDOMINANTE _____
VERMELHA

I _____ COTA ÚNICA (R\$) _____ VENC. COTA ÚNICA _____ VENC./COTAS _____
P _____ FAIXA I.P.V.A. _____ PARCELAMENTO / COTAS _____
V _____ 3 x 0,00 _____
A _____

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) _____ ISOF _____ PRÊMIO TOTAL (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

OBSERVAÇÕES _____
RESTRICÇÕES:
AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S

Baixa do gravame autorizado pelo Sistema Nacional de Gravames. Agende a vistoria e posterior atendimento do veículo para realização do serviço de Baixa de Gravame apresentando CRV original, fotocópias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das normas existentes.
No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financeira, bem como, obtenha os documentos para realizar a Transferência de Propriedade do Veículo.
VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

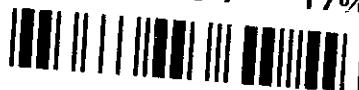
EXCELSIOR SEGUROS
18 NOV 2016
SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO

A

SEGURADORA LÍDER

DOCUMENTO 7 T7%



EU, OSIEL LUIZ DA SILVA, PORTADOR DO

CPF: 050.133.434-37, INFORMO ATRAVÉS DESTA QUE A CONTA ABAIXO, EM MEU

NOME, ENCONTRA-SE ATIVA, DESBLOQUEADA E SEM LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO

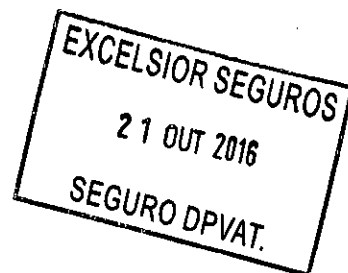
FINANCEIRA.

BANCO: 001

AGÊNCIA: 0673-4

CONTA: 44.402-2

FAVORECIDO: OSIEL LUIZ DA SILVA



DATA -

Osiel Luiz da Silva

BENEFICIÁRIO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Osvald Luiz da Silva
DATA DO ACIDENTE 22/12/2015 CPF DA VITIMA 050.133.434-37
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Procurador
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR _____ BAIRRO _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ CEP _____
CIDADE _____ TELEFONE (____) _____
E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO EXISTENTE (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) COM PROVA DE EXISTÊNCIA DO IML
DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
22 OUT 2016
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/10/2016
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29/10/16
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160635332

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/12/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160635332

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/12/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva distal de radio direito. Ferimento lacero-contuso em joelho direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor em punho direito com dificuldade de movimentos. Ao exame apresenta consolidação viciosa com desvio importante, limitação de todos os movimentos do punho direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a sutura de ferimento e tratamento conservador para fratura de radio com imobilização por tala gessada. Vítima permaneceu internada a espera de tratamento cirúrgico, porém não foi realizado por falta de material de síntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

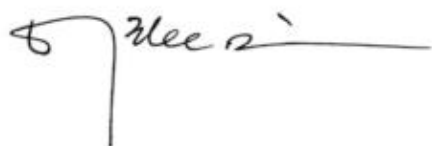
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

DOCUMENTO 4 "T4%"



NOME:	OSIEL LUIZ DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	SERVENTE
IDENTIDADE:	05678065495 DETRAN-PE
CPF:	050.133.434-37
ENDEREÇO:	RUA PROJETADA 01, Nº 96, TRÊS MARIAÇO CARPINA-PE CEP 55810-000

OUTORGADO

NOME:	JAIR MARIANO DO ESPÍRITO SANTO
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO
IDENTIDADE:	6.150.223 SSP-PE
CPF:	042.151.614-36
ENDEREÇO:	RUA ANTONIO CARNEIRO CEZAR MENEZES Nº 94, SÃO SEBASTIÃO, CARPINA-PE CEP 55813-230

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Privativo dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE, cartorio.carpina@bol.com.br

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial

Reconheço, por Autenticidade, a firma de OSIEL LUIZ DA SILVA

Entrada em minha presença, do Of. CARPINA-PE, 09/09/2016

13:58:04, Enq. Nº 1.226, TS Nº 0.53, FUR: 0.37, Total: 4.36

Selo nº 0074807, Venc. 10/2015, 37159, Consulte autenticidade em

www.tps-jus.br/sekdigital, Marcia Michèle Galvão da Silva,

Tabela Substituta

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

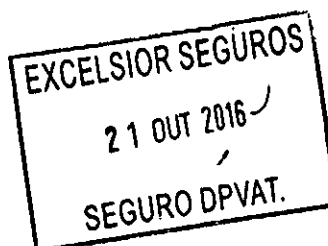
CARPINA-PE 09/ SETEMBRO DE 2016

Osiel Luiz da Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **OSIEL LUIZ DA SILVA** Sinistro: **3160635332** Data: **12/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MOACIR MARIA DA SILVA, 96, CASA - TRÊS MARIAS - Carpina - PE - CEP 55813-420**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MEX / PE**] **253840**

Data local do exame: [**28/11/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura cominutiva distal de radio direito. Ferimento lacero-contuso em joelho direito. Vítima refere dor em punho direito com dificuldade de movimentos. Ao exame apresenta consolidação viciosa com desvio importante, limitação de todos os movimentos do punho direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a sutura de ferimento e tratamento conservador para fratura de radio com imobilização por tala gessada. Vítima permaneceu internada a espera de tratamento cirúrgico, porém não foi realizado por falta de material de síntese.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

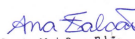
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CPF: 276.995.874-72
CRM: 8978-PE