



17/09/2020

Número: **0029002-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
OSIEL LUIZ DA SILVA (AUTOR)			JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento		Tipo
68149 174	17/09/2020 16:47	ANEXO 1		Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033626

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSIEL LUIZ DA 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,

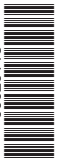
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15400120

Pag. 00289/00290 - carta_01 - INVALIDEZ

00020145





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033626

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), OSIEL LUIZ DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00303/00304 - carta_05 - INVALIDEZ

00070152



Carta nº 15467277



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:

050.133.434-37

4 - Nome completo da vítima:

Osval Luiz da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

5 - Nome completo:

Osval Luiz da Silva

7 - Profissão:

Reuso 24

8 - Endereço:

rua maria maria da silva

11 - Bairro:

rua maria

12 - Cidade:

Carapine

15 - E-mail:

marceloassessor@hotmail.com

9 - Renda mensal:

050.133.434-37

13 - Estado:

96

14 - Complemento:

55810.000

(81) 97915-3756

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

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.000,01 A R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0673

4

CONTA:

44.402

2

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retentiva 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 registro do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não de invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se enquadrarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição da indenização recebida e a 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Carapine, 18/12/2019

Osval Luiz da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

43 - Assinatura da Seguradora



BANCO DO BRASIL S.A.
18/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:23:58
0067373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0673-4 CONTA: 44.402-2
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
08/10/2019		
Saldo Anterior		R.000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - *Carpina*
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0135004877**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2019** às
12:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/12/2019** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR-499** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
EM FRENTE A DUDU MOTO
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO TEM (AUTOR AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
OSIEL LUIZ DA SILVA (VITIMA)

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
28/01/2020

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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: **28/12/1998**
Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **153240/MEX/PE (RG)**,
66913343437 (CPF), **65678665495 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª**,
GRAU INCOMPLETO Profissão: **VIGIA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 96, RUA PROJETADA 1, TRES MARIAS -**
CEP: 5 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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



MOTO 01 (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 125 FAN K9** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO8346** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **332816044** Chassi: **9C2JC4110BK753031**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

MOTO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A VÍTIMA INFORMANDO QUE O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA DE CARLOS MOURA EM SENTIDO AO CENTRO DA CIDADE DE CARPINA, AO CHEGAR EM FRENTE A DUDU MOTO, A VÍTIMA FEZ UM RETORNO E NÃO VIO A MOTOCICLETA DO ENVOLVIDO VINDO EM SENTIDO CONTRÁRIO, ENTÃO, A MOTOCICLETA DO ENVOLVIDO DESCONHECIDO BATEU NO LADO DIREITO DA VÍTIMA. O DESCONHECIDO PAROU E PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA. O ENVOLVIDO LEVOU A VÍTIMA PARA A UNIDADE MISTA DA CIDADE DE CARPINA. DEPOIS DE A VÍTIMA SER ATENDIDO, O MESMO FOI LIBERADO. NO OUTRO DIA, A VÍTIMA RETORNOU PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA POIS SEU BRAÇO DIREITO AMANHECEU INCHADO. APÓS TIRAREM O RAIO X, VIRAM QUE A VÍTIMA TINHA FRATURADO O BRAÇO DIREITO. A VÍTIMA FOI TRANSFERIDO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO ONDE FOI CONFIRMADO A FRATURA.

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

x *osiel Luiz da Silva*
OSIEL LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **JOSE NAZARIO DA SILVA JUNIOR** - Matrícula: **318782-1**

Erica Araujo
KOTE SEGUROS
Erica Araujo
20/01/2020

18/12/2019 12:41



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:

050.133.434-37

4 - Nome completo da vítima:

Osval Luiz da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

5 - Nome completo:

Osval Luiz da Silva

7 - Profissão:

Reuso 24

8 - Endereço:

rua maria maria da silva

11 - Bairro:

rua maria

12 - Cidade:

capim

15 - E-mail:

marceloassessor@hotmail.com

9 - Número:

050.133.434-37

13 - Estado:

96

14 - Renda mensal:

55810.000

(81) 97915-3756

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

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00
☐ ACIMA DE R\$2.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0673

4

CONTA:

44.402

2

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição 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 registro do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não de invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

28 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairaces)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se enquadrarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição e a 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Capim, 18/12/2019
p/ Osval Luiz da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante



BANCO DO BRASIL S.A.
18/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:23:58
0067373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0673-4 CONTA: 44.402-2
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
08/10/2019		
Saldo Anterior		0.000



INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! drogaria 3 de outubro; av dr murilo silva 133 centro / farmacia costa; murilo silva centro. lista completa em www.celpo.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osiel Luiz da Silva,

RG nº 2.53840, data de expedição 05/04/17, Órgão MEX/PE

CPF nº 050.133.434-37, 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/Praça)	<u>R. Maria Nana da Silva</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Três Marias</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marcelo.amissora@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 18/12/2019

Assinatura do Declarante: Osiel Luiz da Silva



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00043910-0 No. Ocorrência: 0078982
 Nome: OSEI, LUIZ DA SILVA Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 16 DIAS
 Endereço: RUA: PROJETADA 01 Dt. Nasc.: 29/12/1980 Sexo: M Est. Civil:
 Cidade: CARPINÁ/PE CEP:
 Documento: Nac: BRASIL
 Mãe: MÁRIA DE LOURDES DA SILVA Tel.:
 Profissão: Sisprenatal:
Pai:
Responsável: O MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
15/12/2019 10:08	0078982	CONSULTA
14/12/2019 21:22	0078911	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Sinais / Diagnóstico

Tratamento

1) Voltarem em
 2) Medicação em E
 3) Remetido ao Expt

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Interno da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Enviado:

Obito

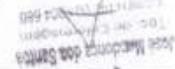
às _____ h _____ m do dia _____

Alta saída:

Alta saída:

Alta da impressão: Domingo, 15 de Dezembro de 2019 às 10:08

Recepcionista: JACIARA AQUINO

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / COREN
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	Dr. Dado Odu
☐ observação básica	☐ observação especializada	Médico
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		HORÁRIO:
TÉCNICO / CONSELHO		

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 20/01/2020



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0078911

Prontuario: 443154

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: RUA PROJ. 01

Cidade: TAPINA/PE

Documento:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Profissão:

Bairro: TRES Marias

CNS:

Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 15 DIAS

Dt. Nasc: 29/12/1980

Sexo: M

Est. Civil:

CEP:

Nac: BRASIL

Tel: 0000-0000

Sisprenatal:

Pai:

Responsável: O MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
10/2019 21:22	0078911	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Sinais / Diagnóstico

Boa em
ank hno @

Tratamento

Faco Reforço de DT

Carla Roberto Ferreira
Enfermeira
COREN - 12.473.151

W 1 hora 10 min

22/12
Sendo

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Tipo da saída

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Caminhado:

Procedido:

CG:

h m do dia

Saída:

Saída:

Data da impressão: Sábado, 14 de Dezembro de 2019 às 21:22

Recepcionista: JOSEANE

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM Márcia - 15.444.111 HÓRARIO:
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	
☐ observação básica	☐ observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HÓRARIO

KOTE SEGURO
Erica Araújo
20/12/2019





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Osvaldo Luiz da S. Que

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 15/12/19 CID: S525



Necessitando de 15 (Quinze) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola)



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Autorizo a divulgação do CID _____ Assinatura do paciente

São Lourenço, 15 de Dezembro de 20 19

Rodrigo Leite Ferreira
Otorrinolaringologista / Traumatologista
CRM-PE 25727

Médico

KOTE SEGURO
Erica Araújo
26/01/2020



Atendimento: 1085827

Senha da Classificação:

Data e Hora: 15/12/2019 12:56

Especialidade:

0063

Paciente: 323074 OSIEL LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/12/1980

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: PROGETADA UM

-TRE: -

96

Bairro: BAIRRO NOVO

Cidade/UF: CARPINA

PE

Cep: 55819370

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89348877

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no ombro direito há 10 dias (D)
Acumulação de líquido (Unidade 110)
Abuso de fármacos (D)
segunda

Exame Físico

Edema no ombro (D)
Do movimento; Mobilização do ombro

Hipótese Diagnóstico

Fraqueza distal no ombro (D)

Conduta Terapêutica

Recomendação no ombro (D) sem fone

Prescrição Médica

Tela passada com o ombro
do ombro

Abel Correia
Tm. de Imobilização
Ativo: 8976

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: Rodrigo Leite Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25737

Senha:

KOTE SEGURO
Erica Araújo
20/12/20

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ALTA MÉDICA

ATESTADO
() SIM () DIAS
() NÃO



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/12/2019 12:49



Nome Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/12/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0063
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 15/12/2019 12:52 - 15/12/2019 12:53

RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE RELATA DOR EM MSD APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM-
HAS-
ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 82.00 MMHG

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
20/01/2020

Acolhido(a) por: RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/12/2019 12:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

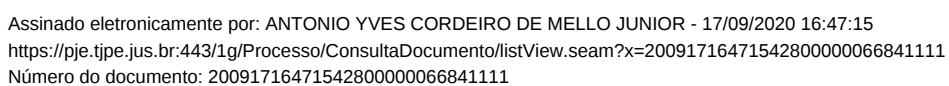


15 12 19

02



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
20/11/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033626 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3160635332 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033626 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3160635332 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028528/20

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

CPF: 050.133.434-37

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OSIEL LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

OSIEL LUIZ DA SILVA : 050.133.434-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 21/01/2020
Nome: OSIEL LUIZ DA SILVA
CPF: 050.133.434-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

OSIEL LUIZ DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





17/09/2020

Número: **0029002-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSIEL LUIZ DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68149 176	17/09/2020 16:47	ANEXO 2	Outros (Documento)



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

Pag. 00351/00352 - carta_01





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
Vítima: 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

Pag. 01009/01010 - carta_03

00070505





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

Pag. 00651/00652 - carta_02





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
Vitima: 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

Pag. 01063/01064 - carta_15R





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.

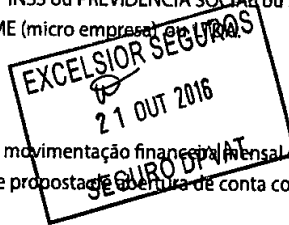
EU, OSIEL LUIZ DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 05678065496 EXPEDIDO POR DETRAN-PE EM 20/12/13 ECPF 050133434-32 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSA

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 LTDA;
- 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 de 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) _____

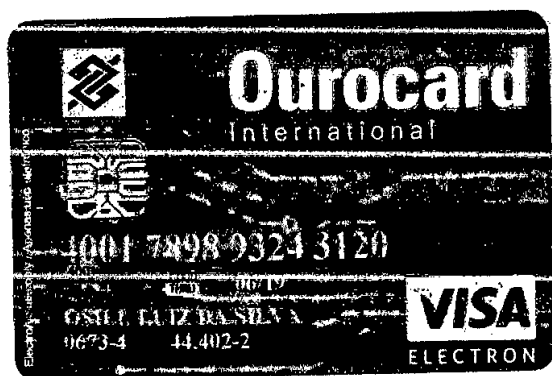
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Carpiúva-PE 10 de OUTUBRO de 2016 * osiel luiz da
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.





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

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0141000083**

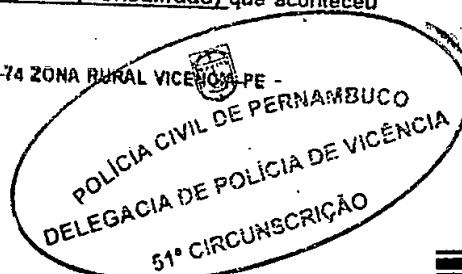
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2016** às **11:24**

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/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 RENAVAM: 1020306596

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

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
Carpina-PE - 24/02/2016 08:55:02 Emissão: R\$ 2,79 - TSF: R\$ 0,62
FEEC: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,42 - Ceto no
0074597-EJ016/201501-10089 José Manoel da Silva Filho
Tabelião

11/5/2005 01:56



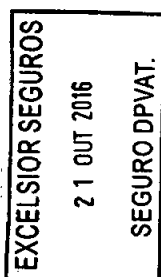
Complemento / Observação

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 Araújo Rodrigues
B.O. registrado por: CRISTIANO DE ARAUJO RODRIGUES - Matrícula: 220814-8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, OSIEL LUIZ DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 05678065495 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.133.434-37, residente e domiciliado na RUA MOACIR 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;

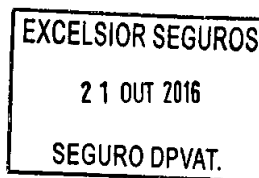
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 *T39*



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





SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA

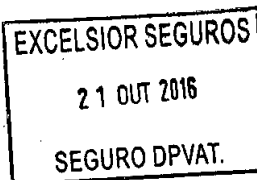
PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO Nº

27349

Em 12 de DEZEMBRO de 15 Hora: 21:35
Paciente: OSEEC LUIZ DA SILVA 35 an
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: 29/12/80 Estado Civil:
Enterrado: MURUBE Cidade: VICENCIA
Complemento: Filiação: MARIA DE L. DA SILVA
Oxigenação Principal:
Queixa Principal: vítima acidente cl. no est. pr. de p. n. h. v.
Exame Físico:
Pressão Arterial = x Temperatura =
Prescrição Médica: EM - volt - PA - 100 + 70
EM - cl. de p. n. h. v.
Auxiliar de Enfermagem Médico

DOCUMENTO 2 *T2%*



7639183

17.12.17 01:17:10

74215



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, OSIEL LUIZ DA SILVA

RG nº 05678065995, data de expedição 30/12/13, Órgão DETRAN-PE,

CPF nº 050.133.434-37, 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%*



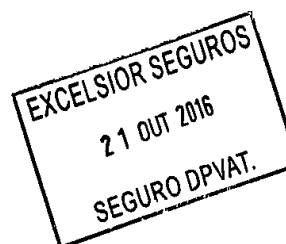
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MOACIR MARIA DA SILVA</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TRÊS MARIAS</u>
Cidade	<u>CARPINA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9620-0115/3621-6986/9184-8677/87266685</u>
E-mail	<u>Julique1010@gmail.com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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x

Osiel Luiz da Silva





Força Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.832/0001-08 | fone: Est. 0005943-93 | www.ceipe.com.br

MARIA DE LOURDES DA SILVA

RUA MOACIR MARIA DA SILVA 654

CPF 014 689 704-35

TRES MARIA CARPINA
CARPINA PE
55810-000

51 RESIDENCIAL
MONTESSORO

Nº DA NOTA FISCAL
000847808

SÉRIE
UNICA

Nº FISCAL
1008/2016

APRESENTAÇÃO
1008/2016

Nº DO CLIENTE
2002871870

Nº DA INSTALAÇÃO
775341

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
1817158020 - 08/2016
DATA DE VENCIMENTO
31/08/2016
DATA DE EMISSÃO
08/08/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)
79,42

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição Iluminação Pública	106,000000	0,03176905	3,37
ICMS Subvenção COE-NF 000814567-10/06/18			8,42
Multa por atraso NF 000673172 - 09/09/18			0,84
Juros por atraso NF 000673172 - 09/09/18			1,55
			0,84

5683RENT1498672908216HRRX\$75,20011A109:12

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1008	1008	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	10/08/2016	106,01

PERÍODO	VALOR	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
AGO 16 108	3,37	Consumo Ativo (kWh)
AGO 16 122	8,42	Contribuição Iluminação Pública
JUN 16 123	0,84	Multa por atraso NF 000673172 - 09/09/18
MAR 16 146	1,55	Juros por atraso NF 000673172 - 09/09/18
AGO 16 151	0,84	
MAR 16 161		
AGO 16 165		
JAN 16 111		
DEZ 16 114		
NOV 16 116		
OUT 16 108		
SET 16 108		
AGO 16 92		

Na data de emissão e entrega a este cliente a fatura de energia elétrica, o cliente declara que a mesma é verdadeira e correta, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma.

ATENÇÃO: CEIPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	014615	Valor	014615	Valor	014615
Valor	014615	Valor	014615	Valor	014615

Em caso de não pagamento da fatura, o cliente declara que a mesma é verdadeira e correta, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma, e que não possui nenhuma pendência em relação ao pagamento da mesma.

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

ATUALIZAÇÃO E REGISTRO

DISTRIBUIÇÃO

08:32:15
30/10/2013
08:32:16
30/10/2013
08:32:17





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	PERNAMBUCO
CEP	558230-130 55813-130
Telefone de Contato	(81) 3621-6986 / 9620-0115 / 8786-6685 / 9184-8677
E-mail	Juliavel5010@gmail.com

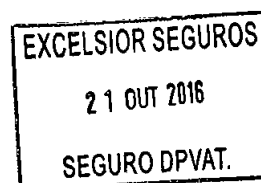
Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO 1 *T1%*



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

Assinatura do Declarante: Jairo Mariano do Espírito Santo





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2016096079644

Escritório: CARPINA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE LUCIANO CESAR CUNHA DOS SANTOS R ANTONIO CARNEIRO CEZAR MENEZES, N. 00094 - - SENZALA CARPINA PE 55813-130 INSCRIÇÃO: 040.711.017.0005.327		MATRÍCULA: 00607964.4 09/2016-5	
RESPONSÁVEL		OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 00607964.4	
ENDEREÇO PARA ENTREGA			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO	
HIDRÔMETRO A12U053170	DATA LEIT. ANTERIOR 29/08/2016	DATA LEIT. ATUAL 28/09/2016	TIPO DE CONSUMO (A/B) MÉDIA HD /
ÁGUA LEIT. ANT.: 389 LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.: 397		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.: VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
08/2016 4/		PARÂMETROS	
07/2016 9/		EXIG. PELA PORT.	
06/2016 9/		MS 2.914/11	
05/2016 9/		ANÁLISES	
04/2016 5/		REALIZADAS	
03/2016 10/		ATENDEN A	
MÉDIA 7/ 0		LEGISLAÇÃO	
		TURBIDEZ 60	
		COR APARENTE 60	
		CLORO RESIDUAL 60	
		COLIFORMES TOTAIS 60	
		E.Coli 60	
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 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 E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA 8 M3 37,25
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2016 0,76
JUROS DE MORA 06/2016 05/2016 1,15

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

CONTRIBUÍDA	BASE DO CONTRIBUÍ	PERCENTUAL (%)	VALOR DO CONTRIBUÍ
PIS	37,25	1,65	0,61
COFINS	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 COMPEA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 09/10/2016



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA: 00607964.4 09/2016-5

VENCIMENTO: 08/10/2016

TOTAL A PAGAR: 39,16

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

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

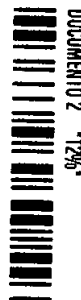
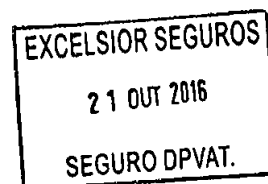
da vítima OSIEL LUIZ DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ESTUDANTE 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**
Nome: **OSIEL LUIZ DA SILVA**
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: **29/12/80** Estado Civil: **35 an**
Endereço: **MURUPÉ** Cidade: **Vitória**
Complemento: Filiação: **MARIA DE L. DA SILVA**
Queixa Principal: **Vitima acidente cl moto prator-pont. V**

Exame Físico:

Pressão Arterial = **x**

Temperatura = **1**

Prescrição Médica:

Em - volt - m
Em - el - prof - m

PA - 101 + 70

Auxiliar de Enfermagem

Médico

DOCUMENTO 4 *T4%*



EXCELSIOR SEGUROS

21 OUT 2016

SEGURO DPVAT.

54215
2679183

17.12.17 **0111711**





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 ENFERMARIA DIMINUIÇÃO DO EDEMA. MELHORA DAS PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO PARA TTO DEFINITIVO DA FRATURA DO RADIO DISTAL. COMO FRATURA DO RADIO TINHA UM TRAÇO EXTENSO NECESITAVA 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.

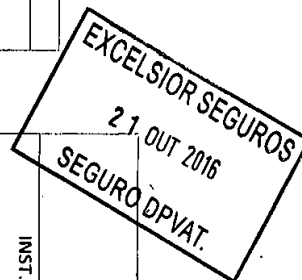
DEVIDO TEMPO PROLONGADO DE ESPERA, FRATURA APRESENTOU SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA E RADIOLOGICA.

APÓS DISCUTIR CASO COM A PRECEPTORIA DA MÃO E COM O PACIENTE, OPTADO, EM CONJUNTO, POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

ORIENTADO A REALIZAR FISIOTERAPIA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

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

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/FUSAM

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: MÃO
Com 15 dias

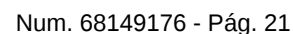
Recife, 19/02/2016

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: Wiel Leandro da Silva Registro: 986843
Data: 17/12/15 Sala: 02
Cirurgião: Dr. George Rocha Auxiliar: _____ Emergência: Sim (☒) Não (☐)
Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. Marcos Rely
Anestesia: Analgesia (☐) Bloqueio (☐) Local (☐) Circulante: Frangelli
Cirurgia: _____ Geral (☐) Peridural (☐) Raque (☒) Sedação (☐)

[illegible]

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes 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	MARC	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

Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra


Roberto Santos
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PE 1545

REVISADO
21/12/2015

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2015
SEGURO DPVAT.





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

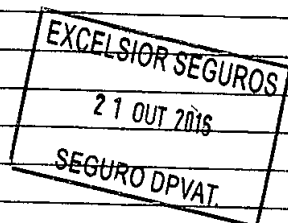
Nome do Paciente: Osiel Luiz da Silva
Prontuário nº: 986843 Hora da Cirurgia: _____
Tipo de Cirurgia: MC com fratura do Rádio direito
Cirurgião: Eduardo Queiroz Clínica: Neumofologia
Anestesista: _____

Provedor (x) COOPANEST ()

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

Paciente em jejum a partir das 14h

Alimentação a partir das 14h



Data: 01/02/16

Hora da Suspensão: 14:00

Assinatura do responsável pela suspensão

Isoneide

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

Isoneide Lopes
Enfermeira
COREN-PE 271.876



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: 08/12 2017 DA SILVA		
CLÍNICA:		ENF.: LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/02	16	Tramite Ocupacional: Paciente sem alterações de quadro. Realizado e orientado atividades mantendo funes manuais. Silvana Cristina M. de Rocha Psicóloga Ocupacional CRP n° 4689 - TO
19/02		Exatometria motora (0502/0501.9) Realizado exatometria motora nos art. livres do mds. Andrezza Gusmão Psicóloga CRP n° 4689 - TO

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

003-HGOF



Unidade Hospitalar de Saúde da Comunidade
Hospital Otávio de Freitas

Nome: **OSIEL LUIZ DA SILVA**
Data de Nascimento: **29/05/1954**
CPF: **01.514.585/1**
Endereço: **31.514.585/1**
Médico: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**

Endereço: **31.514.585/1**
Médico: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**

Nome: **OSIEL LUIZ DA SILVA**
CPF: **01.514.585/1**
Endereço: **31.514.585/1**
Médico: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**

Nome: **OSIEL LUIZ DA SILVA**
CPF: **01.514.585/1**
Endereço: **31.514.585/1**
Médico: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**

2. SINTOMAS AGUTOS

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES EMOCIONAIS

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

4.1. AVALIAÇÃO DA CABEÇA E PESQUISA

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

4.2. AVALIAÇÃO RESPIRATORIA

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

4.3. AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

4.4. AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não
Sintomas: ☐ Sim ☒ Não
Causa: ☐ Sim ☒ Não
Fatores: ☐ Sim ☒ Não

4.5. AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

Rua Adolpho de Barros, 100 - Fone: (011) 5082-1111

4.10. GRAU DE DEPENDÊNCIA DA ENFERMAGEM

Total: ☒ Parcial

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Pág
Emitido por: MARIA JOSE
Data da Emissão: 26/01/2016

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

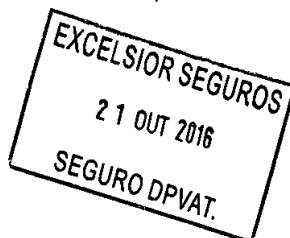
Hora anotação: 11:07

Anotação

PACT 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

CCREN 293516



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.

ATA

SECRET

300

20

Дифиолта

TRAMADOL

pass

20200726

ՀՈՄԱՅԵՐԱՄ.

ATTENZIONE

Switzerland

19/08
Adams
20/08
21/08
22/08
23/08
24/08
25/08
26/08
27/08
28/08
29/08
30/08
31/08
1/09
2/09
3/09
4/09
5/09
6/09
7/09
8/09
9/09
10/09
11/09
12/09
13/09
14/09
15/09
16/09
17/09
18/09
19/09
20/09
21/09
22/09
23/09
24/09
25/09
26/09
27/09
28/09
29/09
30/09
1/10
2/10
3/10
4/10
5/10
6/10
7/10
8/10
9/10
10/10
11/10
12/10
13/10
14/10
15/10
16/10
17/10
18/10
19/10
20/10
21/10
22/10
23/10
24/10
25/10
26/10
27/10
28/10
29/10
30/10
31/10
1/11
2/11
3/11
4/11
5/11
6/11
7/11
8/11
9/11
10/11
11/11
12/11
13/11
14/11
15/11
16/11
17/11
18/11
19/11
20/11
21/11
22/11
23/11
24/11
25/11
26/11
27/11
28/11
29/11
30/11
1/12
2/12
3/12
4/12
5/12
6/12
7/12
8/12
9/12
10/12
11/12
12/12
13/12
14/12
15/12
16/12
17/12
18/12
19/12
20/12
21/12
22/12
23/12
24/12
25/12
26/12
27/12
28/12
29/12
30/12
31/12

CRIP-PTVIA

~~SECRET~~



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Aferição

Página 1 de 1

Emitido por: JOSIVANE MARQUES DOS SANTOS
Em: 28/01/2016 14:19

Atendimento: 467833

Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA

Convênio: SUS - INTERNACAO

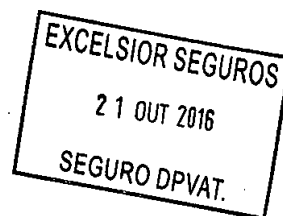
Idade: 35

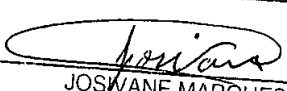
Data Referência: 28/01/2016

Plano: PLANO UNICO

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

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

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



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

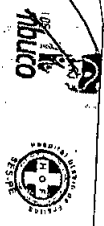
PACT COM EGR. CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, ACEITA DIETA
ELIMINAÇÕES FÍSIO PRESENTES SEM QUEIXAS E MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO. AGUARDANDO CIRURGIA DIURNESE
EVACUAÇÃO PRESENTE SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MARIA JOSEANE NERI
COREN 293516



1944UMH

Resumo de atendimento de emergência
Célio Vazquez



Nome do Paciente: Dulce

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

CO4

315-03

PRESCRIÇÃO MÉDICA	Registro:		Enfermaria:		Leito:	
	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
1) Dose única após 5h	12/03/15	18/12	19/12	20/12	21 DEZ 2015	22/12/15 23 DEZ 2015
2) sang 1500 ml em 24h	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
3) expel 1,5 + 4h	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
4) em 6h	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
5) em 2 + 2g + 4h	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
6) 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
7) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
8) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
9) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
10) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
11) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
12) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
13) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
14) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
15) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
16) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
17) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
18) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
19) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
20) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
21) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
22) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
23) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
24) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
25) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
26) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
27) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
28) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
29) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
30) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
31) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
32) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
33) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
34) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
35) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
36) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
37) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
38) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
39) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
40) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
41) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
42) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
43) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
44) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
45) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
46) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
47) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
48) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
49) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
50) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
51) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
52) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
53) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
54) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
55) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
56) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
57) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
58) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
59) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
60) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
61) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
62) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
63) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
64) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
65) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
66) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
67) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
68) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
69) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
70) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
71) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
72) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
73) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
74) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
75) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
76) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
77) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
78) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
79) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
80) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
81) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
82) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
83) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
84) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
85) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
86) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
87) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
88) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
89) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
90) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
91) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
92) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
93) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
94) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
95) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
96) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
97) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
98) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
99) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12
100) 1g 1g 1g 1g 1g	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12	18/12

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO PRIVAT.

Dr. George Rocha
Otopedista
CRM-PE 1100000000

Dr. Paulo Cordeiro
Otopedista
CRM-PE 10452

Dr. Paulo Cordeiro
Otopedista
CRM-PE 10452

Dr. Paulo Cordeiro
Otopedista
CRM-PE 10452



SES FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nome do Paciente: **Oriel Louiz da Silva**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Data / Horário	Registro:		Faltas:		Leito:	
		Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
1) dieta livre 7500	14/02/15	15/02/15	16/02/15				
2) 500 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
3) diurese 1200 ml	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
4) 7000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
5) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
6) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
7) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
8) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
9) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
10) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
11) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
12) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
13) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
14) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
15) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
16) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
17) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
18) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
19) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
20) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
21) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
22) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
23) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
24) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
25) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
26) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
27) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
28) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
29) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
30) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
31) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
32) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
33) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
34) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
35) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
36) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
37) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
38) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
39) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
40) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
41) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
42) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
43) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
44) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
45) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
46) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
47) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
48) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
49) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
50) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
51) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
52) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
53) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
54) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
55) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
56) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
57) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
58) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
59) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
60) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
61) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
62) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
63) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
64) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
65) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
66) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
67) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
68) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
69) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
70) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
71) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
72) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
73) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
74) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
75) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
76) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
77) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
78) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
79) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
80) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
81) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
82) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
83) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
84) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
85) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
86) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
87) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
88) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
89) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
90) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
91) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
92) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
93) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
94) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
95) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
96) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
97) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
98) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
99) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				
100) 1000 kcal em 124h	18/02/15	18/02/15	18/02/15				

EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016

21/10/2016

HCOF-030

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Inel Vaz da Silva Registro: 986843

Clínica: _____ Procedência: _____

LAUDO MÉDICO

Exame com fratura de
cabeça distal + lesão de ARVO
em m. S. (0).

Exatidão com simetria +
força de força - m. (0).

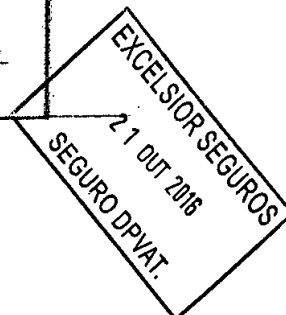
Exatidão e movimento no
ponto hospital devido possível
movimento de imagem sobre

563.3 + 552.5 + m. 84.0

Data: 10/10/11

Médico-CRM

075-HOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Ornel Nery da Silva Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

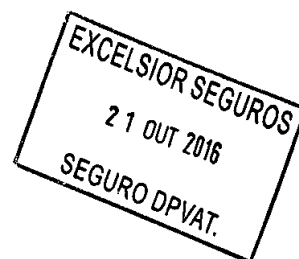
Livro

① Retorno em 15 dias
(mes)

Data: 00/10/16

Médico-CRM

075-HOF



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

NOME
 OSIEL LUIS DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, RNE, etc.)
 253840 XXX PE

CPF
 050.133.434-37

DATA NASCIMENTO
 29/12/1980

FUNÇÃO
 DIALMA LUIS DA SILVA
 MARIA DE LOURDES DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HABIL.
 AB

Nº REGISTRO
 05676065495

VIGÊNCIA
 26/12/2016

HABILITAÇÃO
 26/12/2012

PROBADO PLASTIFICAR
 868351670

VALIDA EM TUDO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 868351670

EXERCÍCIO
 Exerce Ativ. Remunerada

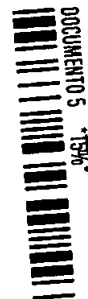
osiel luis da silva
 Assinatura do Titular

LOCAL
 CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
 30/12/2013

65157234286
 PRO57438691

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



EXCELSIOR SEGUROS
 21 OUT 2016
 SEGURO DPVAT.



MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
POLICIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
761060329

PROIBIDO PLASTIFICAR
761060329

NOME
JAIR MARIANO DO ESPIRITO SANTO

DOC. GENCIAL / ORG. EMISOR / UF
6150223 ESP PE

CPF
042.151.614-38

DATA DE NASCIMENTO
24/09/1983

PLACAO
CARLOS MARIANO DO
ESPIRITO SANTO
MARGARIDA JOSE DA
SILVA

PERMISSAO
AD

ACC
AD

VAL. REGISTRO
02746663516

VALIDADE
25/10/2017

VALIDACAO
14/02/2003

OBSERVAÇÕES
sem observações

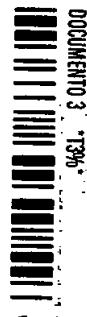
Assinatura do Portador

LOCAL
CARPIA - PE

DATA EMISSAO
28/09/2013

36891041364
PER49933382

EXCETRA-PE (PERNAMBUCO)



EXCELSIOR SEGUROS
21 OUT 2016
SEGURO DPVAT.





007 2016

SEGURO DPVAT.

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

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

1ª 08/08/2016 14:58:55

CEL LUIZ DA SILVA

CARLINA - PE

13/04/2016 14:58:55

PLACA CYP9060

SAO MOTOCICLETA

HONDA/CG 150 TITAN EX

28/10/2014

1ª 08/08/2016 14:58:55

1ª 08/08/2016 14:58:55

1ª 08/08/2016 14:58:55

AL. FID. BANCO BRABESCO FINANCIAME

CARLINA - PE

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

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

PE Nº 012805273763 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLINA 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

CARLINA - PE

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55

13/04/2016 14:58:55



DOCUMENTO 1 17%

EXCELSIOR SEGUROS
18 NOV 2016
SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DETRAN-PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA CÔD. RENAVAM R.T.R EXERCÍCIO

..... NOME / ENDEREÇO

CPF/CGC PLACA
..... GYP9060

..... PLACA ANTERIOR/UF CHASSI
..... 9C2KCT1640FR209477

..... ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA ALCOCASOL

..... MARCA/ MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN EX 2014 2015

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
200/149 PARTIC VERMELHA

I COTA ÚNICA (R\$) VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
P FAIXA I.P.V.A PARCELAMENTO / COTAS
V 3 x 0.00
A 1º 2º 3º

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

..... OBSERVAÇÕES

RESTRIÇÕES:
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.

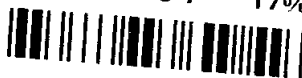


DECLARAÇÃO

A

SEGURADORA LÍDER

DOCUMENTO 7 - T70%



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

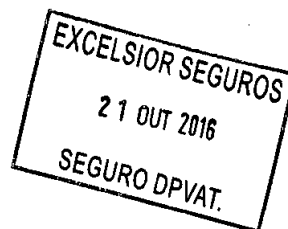
FINANCEIRA.

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 CPF DA VITIMA 050.133.434-37
DATA DO ACIDENTE 26/12/2015 Processo da
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

EXCELSIOR SEGUROS
16 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 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 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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 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 26/10/2016
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 26/10/16
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

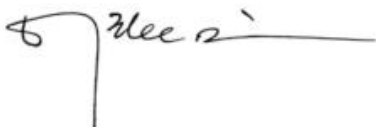
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

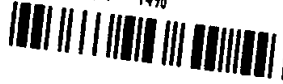
Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

DOCUMENTO 4 *T496*



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 MARIABO 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
Prévio dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (81) 3521.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br
Reconheço, por autenticidade, a assinatura de OSIEL LUIZ DA SILVA
Lancada em minha presença, em 09/09/2016, em Carpina-PE.
Lê-se: 042.151.614-36 SSP-PE. Total: 4,36.
São nº 0074907-VMC0201501-7157. Confira autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selecdigital. Marcia Michae Baldino da Silva,
Tabelião Substituto.

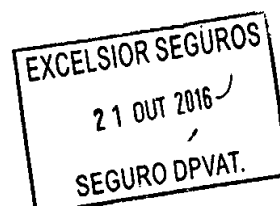
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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 à 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 Falcão
CPF: 278.995.874-72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

