

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11452859

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426209 ASL-0295796/17
Vitima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476374

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro: 3170426209 ASL-0295796/17
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11600938

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro: 3170426209 ASL-0295796/17
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

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: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000049986-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Sinistro: **3170426209**
Vítima: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Data do Acidente: **03/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170426209** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170426209**

Vitima: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Data do Acidente: **03/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170426209**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170426209 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA CINCO DE JULHO PR nº 41 - CENTRO - TAMANDARÉ/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6711037 - SSP**
Data local do exame: **18/08/2017 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)

FRATURAS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. APRESENTA EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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(*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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"

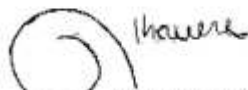
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 18/08/2017

Médico Perito: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI CRM:2612/MS


ROSEANY ALBANEZE CARRETONI
CRM:2612/MS

Assinatura do perito Examinador - CRM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170426209 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA CINCO DE JULHO PR nº 41 - CENTRO - TAMANDARÉ/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6711037 - SSP**
Data local do exame: **06/02/2018 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 DE PERNA DIREITA.

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PERNA DIREITA COM LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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(*).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR ANTERIOR POR NÃO TER HAVIDO AGRAVAMENTO DO QUADRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 06/02/2018

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

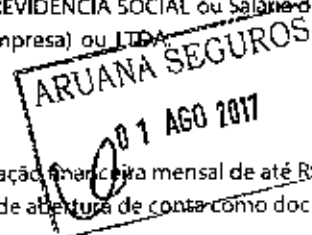
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Carlos Silva de Raima
PORTADOR(A) DO RG Nº 6.711.037 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 02/08/2000 E
CPF 059552914-31 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO REUSO
E RENDA MENSAL DE R\$ REUSA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Carlos Silva de Raima, 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 aparecerem 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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2124 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 49986-4

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.

Caro-PE 25 de julho de 2017
LOCAL E DATA

Antonio Carlos Silva de Raima
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.



ARUANA SEGUROS
01 AGO 2017



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0169000374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2017** às **09:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/3/2017** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 01, LOTEAMENTO RIO FORMOSO DOIS -**
Bairro: **CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR/AGENTE)
UELITON OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

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

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

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DE LIMA** Data de Nascimento: **27/2/1979** Naturalidade: **SÃO JOÃO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 4, 1ª TRAVESSA CINCO DE JULHO, 04 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

UELITON OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UELITON OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH0782 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Fábio Henrique da Silva
Agente de Polícia
Mat. 350.477-8

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA SUPRACITADA, RELATANDO QUE NO DIA EM EPIGRAFE, CONDUZIA O VEICULO CITADO NESTE BO QUANDO, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA GIA, COLIDIU COM OUTRO VEICULO QUE NÃO FOI IDENTIFICADO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA HOSPITAL DE TAMANDARÉ ONDE FOI REALIZADO OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DON HELDER. A VITIMA QUEBROU TIBIA DO LADO DIREITO.

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

Antonio Carlos Silva de Lima
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  LEVI VIRGÍNIO ÁLVARO - Matrícula: 273132-0

 Fábio Henry de Silva
Agente de Polícia
Mat. 358477-8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Antonio Carlos Silva de Lima, portador da carteira de identidade nº 6.711.037-505-12 e inscrito no CPF/MF sob o nº 059.552.904-31, residente e domiciliado na R. Pinco de Lutho, nº 41, Centro, Cidade Gramandara, 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;

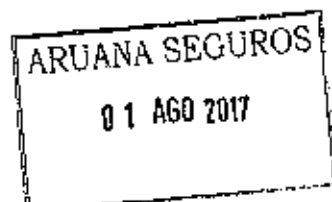
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Olinda-PE, 27 de julho de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



**SAMU
192**

**SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL
DE URGÊNCIA**



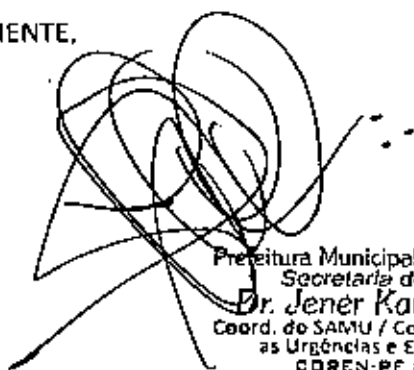
TAMANDARÉ, 22 DE MAIO DE 2017

ORIGEM: COORDENAÇÃO MUNICIPAL SAMU TAMANDARÉ

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**, 38 ANOS, FOI SIDO VITIMA DE **COLISÃO CARRO X MOTO NO LOTEAMENTO RIO FORMOSO II, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA GIA**; FOI ATENDIDO, AVALIADO E ESTABILIZADO POR ESTA UNIDADE BÁSICA SOB PROTOCOLO DE ATENDIMENTO **S302855**, NA DATA DE **03/03/2017** ÀS 16;12H. APRESENTANDO ESCORIAÇÃO EM MMII, SENDO REGULADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMANDARÉ SOB OS CUIDADOS DO MÉDICO PLANTONISTA DR CAIO MIRANDA CRM 24749.

ATENCIOSAMENTE,



Prefeitura Municipal de Tamandaré
Secretaria de Saúde
Dr. Jener Kardec Filho
Coord. do SAMU / Coord. de Atenção
as Urgências e Emergências
CDREN-PE 87.220

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Rua do Futuro, s/n.º - Centro - Tamandaré/PE CEP 55578-000

Fone/Fax: (81)3676-1154 - CNPJ 10.298.603/0001-75- e-mail: tamandaresms@yahoo.com.br

Av. José Bezerra Sobrinho, S/N - Centro - Tamandaré - PE
CEP: 55.578 - 000 - CNPJ: 01.596.018/0001-60

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: 29/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 000000049986-4

Nr. da Autenticação E1600B3E0A85C6B6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

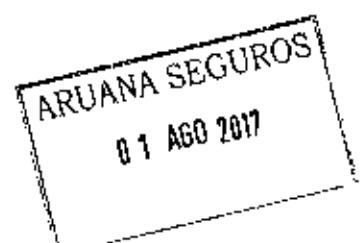
Eu, Antonio Carlos Silva de Lima,RG nº 6.711.037, data de expedição 02/08/2000, Órgão SDS-PE,CPF nº 059.552.914-31, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. cinco de julho PR.</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Garanhuns</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55578-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cabo-PE, 25 de julho de 2017

Assinatura do Declarante:

Antonio Carlos Silva de Lima



FIXO

12: 08/2017 - SAG 00008 / 000081 - F0120743 - SAG - Regia 01 - 001

09700009



0120 - CTO RECIFE PE 0110

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
TV CINCO DE JULHO PR, 41
CENTRO
55578-000 TAMANDARE-PE

7213512820057430000001507830170517

Oi,

Pra simplificar a sua vida, a Oi envia as suas contas de telefone fixo todas juntas.

A partir de agora, não se esqueça: na hora de pagar, as contas estão todas dentro do mesmo envelope.

Cada conta tem um código de barras diferente. E todas devem ser pagas.

Atenção: Caso você tenha alguma conta em débito automático, a fatura serve apenas para sua conferência.

Se quiser mais informações, ligue para 103 31.

Confira as contas que você recebeu neste envelope:

Número do seu Fixo	Tipo de Documento	Vencimento	Valor - R\$	Sequência	Qtde de folhas
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	15.98	1	1
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	CONTA PARCELADA	2	2
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	CONTA PARCELADA	3	2
Total de documentos: 3					Total de Folhas: 5



Fique ligado:

Agora você recebe suas contas de telefone fixo da Oi todas juntas no mesmo envelope.



**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.

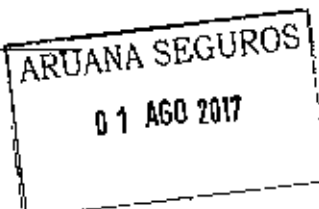
Pelo exposto, eu Faúlson Luis da Silva Junior, portador(a) do RG nº 047.670.309.53, expedido por Detran-PE, em 11/09/2014, CPF/CNPJ nº 085.586.574-16,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antonio Carlos Silva de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Antonio Carlos Silva de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Faúlson Luis da Silva Junior
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, UELITON OLIVEIRA DA SILVA,
 RG nº 5.912.501, data de expedição 30/02/2009
 Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 090.275.694-01, com
 domicílio na cidade de TAMANDARÉ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
1ª TORREISA 5. DE: JUNHO, nº 4,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ANTONIO LUIZ SILVA DE LIMA, cujo o condutor era
ANTONIO LUIZ SILVA DE LIMA.
 Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: YAMAHA / YBR 150 Factor
 Ano: 2015
 Placa: PCM 0782
 Chassi: 9C6R 6812 060004738
 Data do Acidente: 03/03/17
 Local e Data: TAMANDARÉ, 08/06/17

UELITON OLIVEIRA DA SILVA
 Assinatura do Declarante

Antonio Carlos Silva de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REG. DA CIDADE DE TAMANDARÉ - PE
 TITULAR: ELIO DA SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (81) 34761-237

Reconheço a Firma por autenticidade de: UELITON OLIVEIRA DA SILVA Dou: 26 de 06 de 2017 em TAMANDARÉ-PE
 Escrevente Autorizada: ANNA CAROLINA DA SILVA WANDERLEY Emol: R\$ 3,49, TSMR: R\$ 0,78, FERC: R\$ 0,39
 Total: R\$ 4,66

Selo: 0156588.HWX05201705.00127 08/06/2017 11:12:06
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/solodigital

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REG. DA CIDADE DE TAMANDARÉ - PE
 TITULAR: ELIO DA SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (81) 34761-237

Reconheço a Firma por autenticidade de: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA Dou: 06 de 06 de 2017 em TAMANDARÉ-PE
 Escrevente Autorizada: ANNA CAROLINA DA SILVA WANDERLEY Emol: R\$ 3,49, TSMR: R\$ 0,78, FERC: R\$ 0,39
 Total: R\$ 4,66

Selo: 0156588.HWX05201705.00129 08/06/2017 11:19:26
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/solodigital

ARUANA SEGUROS
 01 AGO 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Pernambuco
CNPES: 2426533

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Antonio Carlos Silva Lima Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 28 anos C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: JANAUBA Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H. _____

Documentação médica - hospitalar



DESTINO DO PACIENTE:

Hospital de Alergia (transfusão)

SENHA:

5116612

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE:

HISTÓRIA DE QUEIMA DE MÃO COM FERRAMENTA

FORNE O MÍD.

EXAME FÍSICO:

BOA + ME GOMINHA DE EM MÍD.
ENV: FINE E GOMINHA

DROGAS ADMINISTRADAS:

DIPLOMA
LATA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX: FUSTURA DE FERRAMENTA MÍD + FERRAMENTA

HD:

(OBS: NÃO DISPONIBILIZADO NA PLATA BLOQUEADA)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

ARUANA SEGURO

01 AGO 2017

DATA:

03.03.17

Dr. Felipe Xavier
TRAUMATOLOGIA / ORTOPEDIA
CRM: 13725

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Atendimento: 361863

Senha de Classificação:

0033

Data e Hora: 03/03/2017 23:24

Paciente: 91575 ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 27/02/1979 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO FRANCISCO DE LIMA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO CRM: 16548
 Endereço: ESTRELA DO MAR - ESTRELA DO MAR Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: TAMANDARÉ PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
 RG (Identidade): 6711037 SDS PE Data de Emissão: 02/08/2000
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 93565414
 Cartão SUS: LAB: 283409 Data de Emissão CRN:

IMIP - Hospital Dom Helder Câmara
 Jefferson Melo
 Data: 03/03/2017

RESUMO DE TRATAMENTO

Pos: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença crônica da parede da parede
 com lesões focais em parede
 direita.

Exame Físico

estudo local

lesões nas entex

Hipótese Diagnóstica

lesões crônicas da parede

Conduta Terapêutica

tratamento

Prescrição Médica

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 16548

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/03/2017 23:21

Nome Paciente: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Cód. Paciente: 91575
Data de Nascimento: 27/02/1979
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0033
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 361863
SAME:

Período: 03/03/2017 23:28 - 03/03/2017 23:29

DAVINCI LEONARDO BRITO LIMA - COREN: 349031 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DE PALMARES VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM HD DE FRATURA PERNA D E TNZD. HAS- DM-

Histórico sintoma: TRAUMA

Crônico: - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Acolhido(a) por: DAVINCI LEONARDO BRITO LIMA - COREN: 349031 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/03/2017 23:29



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Antonio Carlos Silva Lima Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: 38 anos C.I.: _____

País ou Responsáveis: _____

Endereço: _____

Cidade: JANAUBÁ Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: _____ SENHA: _____

Hospital de Alergia (transfusão) 5116612

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: HISTÓRIA DE CRIANÇA DE MÃE COM FRAQUEZA

FRACASO DO MIB

AME FÍSICO: _____

DOE + DE VENTILADOR EM MIB

ENV: FUSO SEPTIMANA

DROGAS ADMINISTRADAS: _____

DIPLOMA
TAHA

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

RX: FRASTURA DE FÊMUR DIREITA + FRASTURA @

(OBS: NÃO DISPONIBILIZADO NA PLATA BLOQUEADA)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

ARUANA SEGURO

01 AGO 2017

DATA: 03.03.17

Dr. Felipe Xavier
TRAUMATOLOGIA / ORTOPEDIA
CRM 25724

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
 Nome: Roberto Carlos Silva Registro: 91575 N° Atendimento: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
 Clínica: Amoroso Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor no modo

História da Doença: paciente portador de dor no modo com trauma em modo

Interrogatório Sintomático: dor local

Exame Físico: ecg e referem a clama

Antecedentes Pessoais: Não

Medicações em Uso: Não

Antecedentes Familiares: Não

Hipótese Diagnóstica: fratura de fêmur do membro direito

Hipóteses Diagnósticas secundárias:

Plano Terapêutico:

A Soroção e Analgesia

Cabo de Santo Agostinho, 04/03/17

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18569
Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Heider Câmara
Rodovia BR 101 Sul, Km 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Carlos Silva de Lima Registro: 91575

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
03/03/17 13:30	#1 Enfermagem Paciente consciente, orientado, eupórico, dado por 12, IMIP em 153, ele vai na pós espontânea. Admitido na uma sala. Segue com cuidados de enfermagem.
04/03	Enfermagem Paciente evolui com 16 pontos, corações, ventos, apêndice, suprimido. SSN/ Citologia. Dado zero de 15. 100/03. Paciente com dor. Após cuidados de enfermagem. Paciente 404745
04/03/17	Sem sinal Vermes, febre oral, transite de febre insuportável para febre e uma vez de cinquenta ao caso e com febre pelo PSE transite entre de internado
04/03/17	#1. Enfermagem Paciente consciente, orientado, eupórico, dado por 12, IMIP em 153, ele vai na pós espontânea. Admitido na uma sala. Segue com cuidados de enfermagem.

ARUANA SEGUROS
01 AGO 2017

HON - Hospital Dom Helder Câmara
Tacylla Mendes Xavier
Assistente Social
CRSS/PE 6583

Sale, 000	Sales C3
100	100
200	200
300	300
400	400
500	500
600	600
700	700
800	800
900	900
1000	1000
1100	1100
1200	1200
1300	1300
1400	1400
1500	1500
1600	1600
1700	1700
1800	1800
1900	1900
2000	2000
2100	2100
2200	2200
2300	2300
2400	2400
2500	2500
2600	2600
2700	2700
2800	2800
2900	2900
3000	3000
3100	3100
3200	3200
3300	3300
3400	3400
3500	3500
3600	3600
3700	3700
3800	3800
3900	3900
4000	4000
4100	4100
4200	4200
4300	4300
4400	4400
4500	4500
4600	4600
4700	4700
4800	4800
4900	4900
5000	5000
5100	5100
5200	5200
5300	5300
5400	5400
5500	5500
5600	5600
5700	5700
5800	5800
5900	5900
6000	6000
6100	6100
6200	6200
6300	6300
6400	6400
6500	6500
6600	6600
6700	6700
6800	6800
6900	6900
7000	7000
7100	7100
7200	7200
7300	7300
7400	7400
7500	7500
7600	7600
7700	7700
7800	7800
7900	7900
8000	8000
8100	8100
8200	8200
8300	8300
8400	8400
8500	8500
8600	8600
8700	8700
8800	8800
8900	8900
9000	9000
9100	9100
9200	9200
9300	9300
9400	9400
9500	9500
9600	9600
9700	9700
9800	9800
9900	9900
10000	10000

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
SUS INTERNACAO
LEITO 05
04/04/2017 11:21
FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 331868
Carteira: 1
Idade: 38 Anos

Document: 0408050600
Revision: 001
Accession: 06

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PRATICA ORTOFONICA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUIANESTESIA

17726 MACIEL SOARES DE OLIVEIRA
19936 ALDO STELLA OLIVEIRA

— *Chrysa*.

1. 2030.04=3755 A
1. 203754

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

Fig. 6.3 ANTERO-MEDIAL COMPRESSION OF LUMBAR

23 PLACA 18 MUROS EN RELATECNO 34 1.1 PONTE

DE 3 VÁLVULAS ESPONGIOSAS DISTAIS E 4 VÁLVULAS CORTICAIS PROXIMAIS

ACAC COM INT DE IMAGEN

$\mathcal{L}(\mathbf{X}) = \mathbf{X}^T \mathbf{C} \mathbf{X} + \mathbf{D}^T \mathbf{X} + E$
 $\mathbf{X} = [\mathbf{X}_1^T \mathbf{X}_2^T]^T \in \mathbb{R}^N \times \mathbb{R}^M$

...and the fact that the *Journal* is a journal of the American Psychological Association, the largest and most prestigious of the psychological organizations in the United States, is a source of great pride for me.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

poeticas.com.br

Aviation Performance
Training Data Database
CONFIDENTIAL

DRYAN, NACIEL SOARES DE OLIVEIRA.
BRN 17708

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Endereço: Rua Manoel de Aguiar, 100 - Jd. São Luiz - São Paulo - SP - 05410-000
 Telefone: (011) 3061-4444 - 0500-00
 CNPJ: 09.086.744/0001-94

CNS:

∴ Sym

— "A. são inalteráveis" — o. e. a
certificação do Instituto Agrário do C.

7. O enfermeiro, o assistente social e o enfermeiro analísam os pontos mais importantes na recuperação pós-operatória e pós-curso em longo prazo.

Rafessa Palcão
Entrepresa
02/12/2004

01 AGO 2017

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Carlos Registro: _____
 Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/03/17	1ª - Depressão (Blow Cerebral)
	Até 15 dias após a internação do paciente no Hospital Geral - Unidade de Trauma e Ortopedia, o paciente apresentava quadro de depressão e paratuberculose pulmonar. CP: 15 dias após a internação. 3 semanas de tratamento com penicilina e rifampicina. 3 semanas de tratamento com isoniazida e etambutol.
05/03/17	AV: 15 dias após a internação. 3 semanas de tratamento com penicilina e rifampicina. 3 semanas de tratamento com isoniazida e etambutol. Tratamento: 15 dias após a internação. 3 semanas de tratamento com penicilina e rifampicina. 3 semanas de tratamento com isoniazida e etambutol.
05/03/17	Até 15 dias após a internação do paciente no Hospital Geral - Unidade de Trauma e Ortopedia, o paciente apresentava quadro de depressão e paratuberculose pulmonar. CP: 15 dias após a internação. 3 semanas de tratamento com penicilina e rifampicina. 3 semanas de tratamento com isoniazida e etambutol.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
08/03/17	Em tratamento com ECA e diuréticos. Evolução satisfatória. Sem alterações. Santos
08/03/17	Ortopedia Paciente evoluindo bem, estável e sem alterações. Limpa e seca, sem feridas. Evolução satisfatória. (M) Alta <i>[Assinatura]</i> Pneumologia Pneumologia Paciente estável. No momento demonstrando estabilidade. Avaliação elaborada para alta hospitalar. M^{te} Cassia Guerra Pneumologia/CNP 33014 ATENÇÃO Data: 08/03/17
09/03/17	Paciente evoluindo bem, estável e sem alterações. Limpa e seca, sem feridas. Evolução satisfatória. (M) Alta

ARUANA SEGUROS
01 AGO 2017

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 361868
Usuário do Atendimento: THAYANECCS

Data e Hora do Atendimento: 04/03/2017 00:45
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA Prontuário: 91575
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO FRANCISCO DE LIMA
Data do Nascimento: 27/02/1979 Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 8711037 SDS PE Data Emissão: 02/08/2000
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: GARANHUNS Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: Ocupação Habitual: OUTROS
Endereço: ESTRELA DO MAR CENTRO
Cidade: TAMANDARE PE CEP: 55578000 Fone: 93565414

DADOS DO ATENDIMENTO

Local: PM PALMARES
Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 06

Introdução em Serviço
04/03/2017
19 MAR 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 04/03/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado
Diagnóstico: Fratura Tibia distal (B)
Procedimento: Osteossintese e/ placa e parafusos
Alta em: 06/03/17 Hora: 7:15
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

ARUANA SEGUROS

01 ABO 2017

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E INSCRIÇÃO CIVIL

35.8



Antonio Carlos Silva de Lima

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6711037 DATA DE EXPIRAÇÃO: 02.08.2000

NOME
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

COGNOME
Antonio Francisco de Lima

MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA

CIDADE/ESTADO
Saranhuns-PE DATA DE NASCIMENTO
27.02.1979

CPF
E.N. 7.445-L.49-F.211-Cart.de

São João-PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA: 7.10.2003

ARUANA SEGUROS
01 AGO 2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

059.552.914-31

Nome

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Nascimento

27/02/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

40F9.FA31.FE99.B618

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

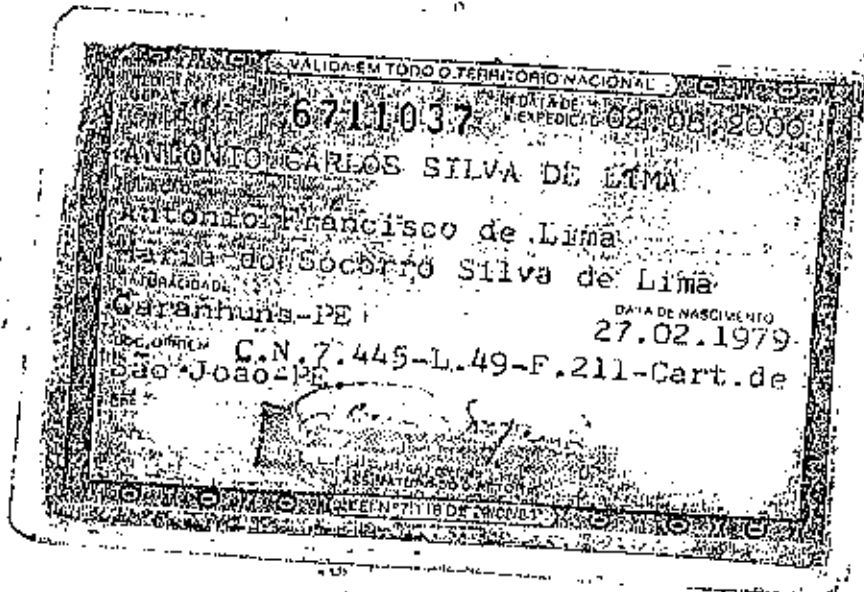
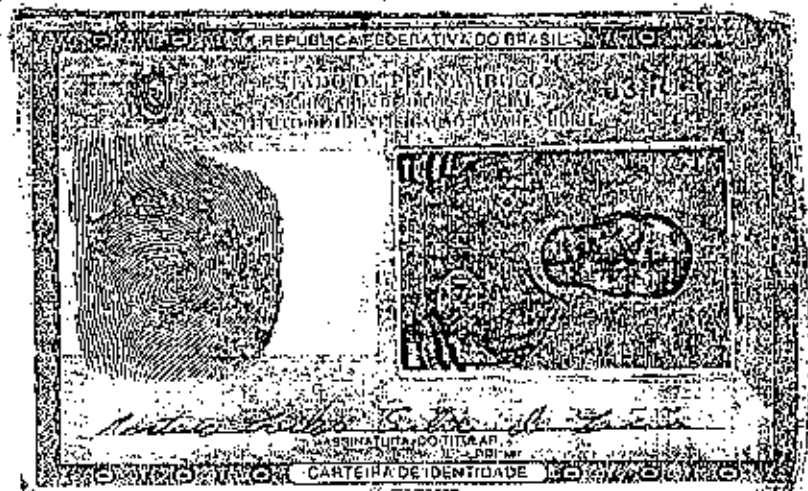
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:12:53 do dia 01/03/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ARUANA SEGUROS

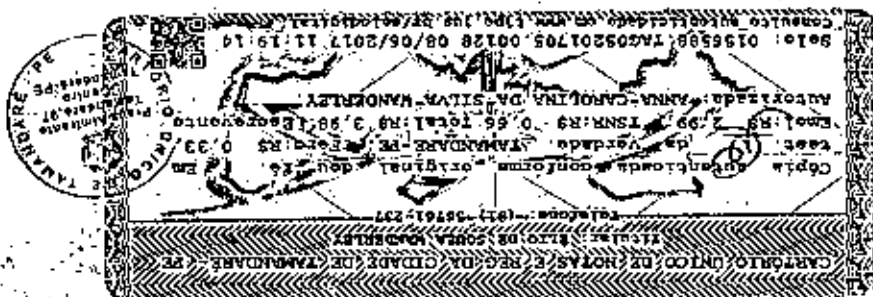
01 AGO 2017



ARUANA SEGUROS

19 JAN 2018

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012382776716
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012382776716 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA

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

www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1200

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

VEICULO: OLIVEIRA DA SILVA
TAMANDARÉ - PE

PLACA: 9C6RG32060004738
DATA: 08/06/2017

01 AGO 2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ I



Outros

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antônio Lúcio Silva Jr JMA
 DATA DO ACIDENTE 03/03/17 CPF DA VITIMA 059.552.944-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JAILSON LUIZ DA SILVA JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VITIMA É Antônio Carlos Silva de Lima
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Pedro Álvares Cabral
 Nº 32 COMPLEMENTO BAIRRO JARDIM ATLÂNTICO
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53440-290
 E-MAIL TELEFONE (81) 3044-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RESPE 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 18 ANOS, PODER 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 DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ Cópia DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (OR E MAIS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- ☒ NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÁRIO 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 CONFINEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ Cópia 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 18 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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.DPVATSEGURODPVAT.NET.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01/08/2017

DATA 01 AGO 2017

IDENTIDADE Jailson Luiz da Silva Junior

NOME Jailson Luiz da Silva Junior

ASSINATURA Jailson Luiz da Silva Junior

ASSINATURA Jailson Luiz da Silva Junior

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170426209 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. APRESENTA EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

CRM do médico: 2612

UF do CRM do médico: MS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
 RG/CNH/CTPS: 6.711.037 CPF: 059.552.914.31
 End: 2ª TRAVESSA Sº DE JULHO, 04, CENTRO - TAMANDARÉ.

Outorgado: JANSON LUIS DA SILVA JUNIOR.
 RG/CNH/CTPS: 047.670.309.53 CPF: 085.546.574.16
 End: AV. PEDRO ALVARES CABRAL, 324, JARDIM ATLÂNTICA OLINDA.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

TAMANDARÉ, 08 de JUNHO de 17.

Antonio Carlos Silva de Lima
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REG. DA CIDADE DE TAMANDARÉ - PE
 Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (011) 35751-737

Reconheço a Firma por autenticidade de: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA Dou "Fé" TAMANDARÉ-PE
 Escrevente autorizada: ANNA CAROLINA DA SILVA WANDERLEY Emol: R\$ 3,49, TSMR: R\$ 0,78, FERC: R\$ 0,39
 Total: R\$ 4,66.

Selo: 0156588.EIL05201705.00126 08/06/2017 11:12:46
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

