

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11859631

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562680 ASL-0405172/17
Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 22/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11877959

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170562680 ASL-0405172/17
Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 22/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11956721

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170562680 ASL-0405172/17
Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 22/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000021208-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



Autorização de pagamento



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, Luiz Camilo da Silva Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº CNH 05828334560 EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 02/03/2017 E
 CPF 9000150294-68 / CNPJ 00000000-0000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luiz Camilo da Silva Nascimento 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 Lotéricas 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.

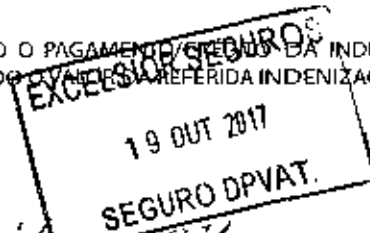
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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) 0914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21208-4

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



Sendo assinada em 04 de Outubro de 2017

LOCAL E DATA

X Luiz Camilo da Silva Nascimento

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
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.



Boletim de ocorrência



8/10/17 16:21

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA - DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0257001417

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2017 às
11:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/7/2017 no período da Manhã

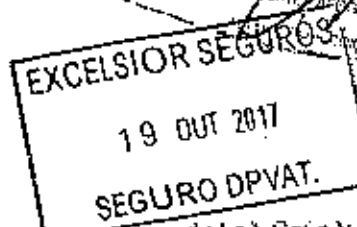
Fato ocorrido no endereço: AV JOSAE PEREIRA DE SOUZA, BAIRRO MANOELA
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a:
MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: MANOELA
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EVONEIDE MARIA DA COSTA (OUTRO)
ANTONIO JOBSON DA COSTA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (TESTEMUNHA)
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de
Nascimento: 4/2/1972 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4015232/SUS/PE (RG), 00016020403 (CPF), 05812324580 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 47890831020

Residência: QUADRA E. Nº 124, BAIRRO SÃO BRAZ - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
1 - CEP: 8 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

EVONEIDE MARIA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
NEUSA MARIA DA COSTA Pai: ANTONIO XAVIER DA COSTA Data de Nascimento: 22/8/1964
Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: TRAVESSA JOSE QUEIROZ, 880, CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO
/BRASIL

ANTONIO JOHSON DA COSTA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARILENE COSTA DOS SANTOS Pai: JOCENILDO DA SILVA Data de
Nascimento: 31/5/1986 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, N° 42, BAIRRO CENTRO, PRÓXIMO CEMITÉRIO
VELHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO CEMITÉRIO VELHO

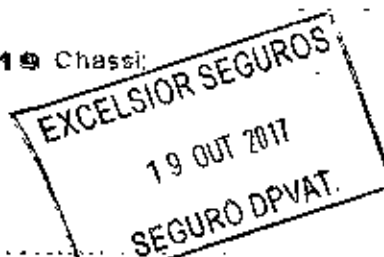
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: EDNETE GOMES DE SOUZA Pai: PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento:
14/2/1986 Naturalidade: CARNÁIA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA O, S/N° SÃO BRAZ, , PRÓXIMO POLO NOVELEIRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
- CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL,
PRÓXIMO POLO NOVELEIRO

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): EVONEIDE MARIA DA COSTA,
que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PFU7915 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 632027219 Chassi:
0C2HR9210DR415500
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GAS

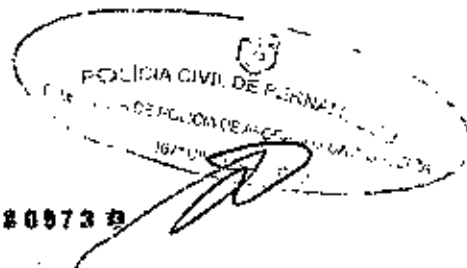


Complemento / Observação

HOJE, POR VOLTA DAS 11H00, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A
PESSOA DE LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO, INFORMANDO DE QUE NA MANHÃ
DO DIA 22 DE JULHO DE 2017, TRAVESSAVA COM SUA MOTOCICLETA, NAS
IMEDIAÇÕES DO ESTÁDIO VIANÃO, MOMENTO EM QUE SURTIU UM CACHORRO A SUA
FRENTE, NÃO DANDO TEMPO FREIAR, VINDO A CAIR, FICANDO LESIONADO NO PÉ
DIREITO; QUE, EM SEGUIDA FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA
CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA,
PE; QUE, A VÍTIMA POSSUI QNH.

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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: LUIZ SILVINO NETO - Matrícula: 320973 9

2 de 2

29/08/2017 10:04



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA - DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E025 7001417

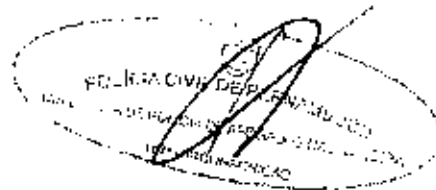
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2017 às
11:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 22/7/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV JOSÉ PEREIRA DE SOUZA, BAIRRO MANOELA
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a
**MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: MANOELA
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

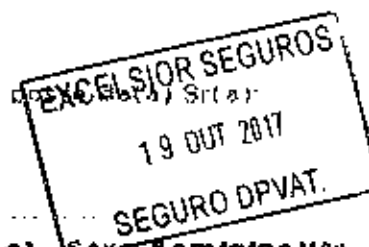
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
EVONEIDE MARIA DA COSTA (OUTRO)
ANTONIO JOSSON DA COSTA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (TESTEMUNHA)
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO



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

**LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de
Nascimento: 4/2/1972 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4916632/808/PE (RG), 99916829468 (CPF), 96328334006 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Educação: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87889831926**

**Residência: QUADRA E, Nº 124, BAIRRO SÃO BRAZ - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
1 - CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EVONEIDE MARIA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
NEUSA MARIA DA COSTA Pai: ANTONIO XAVIER DA COSTA Data de Nascimento: 22/8/1966
Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, 9/Nº, CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO
/BRASIL**

ANTONIO JOBSON DA COSTA SILVA (não presente no plantão) - Sexo
Masculino Mãe: MARILENE COSTA DOS SANTOS Pai: JOGENILDO DA SILVA Data de
Nascimento: 31/1/1990 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, N° 42, BAIRRO CENTRO, PRÓXIMO CEMITÉRIO
VELHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo: MUNICÍPIO DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - CEP: 55909-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO CEMITÉRIO VELHO

LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: EDNETE GOMES DE SOUZA Pai: PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento:
14/2/1996 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA G, S/N° SÃO BRAZ, PRÓXIMO POLO NOVELEIRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,
- CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL,
PRÓXIMO POLO NOVELEIRO

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EVONEIDE MARIA DA COSTA,
que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PFU7616 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 633037348 Chassi:
0C2HB0210DR418980
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GAS

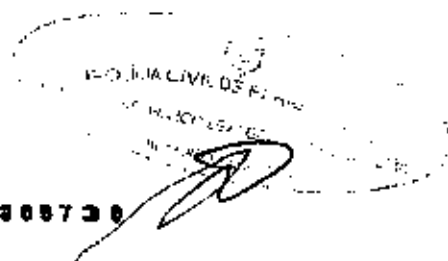
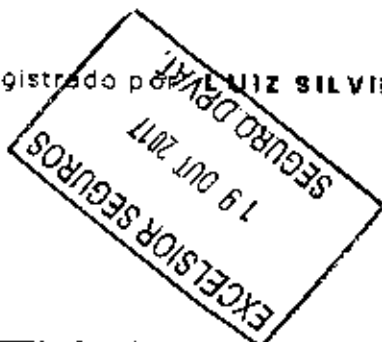
Complemento / Observação

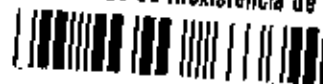
HOJE, POR VOLTA DAS 11H00, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A
Pessoa de LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO, INFORMANDO DE QUE NA MANHÃ
DO DIA 22 DE JULHO DE 2017, TRAVESSA COM SUA MOTOCICLETA, NAS
IMEDIAÇÕES DO ESTÁDIO VIANÃO, MOMENTO EM QUE SURTIU UM CACHORRO A SUA
FRENTE, NÃO DANDO TEMPO FREIAR, VINDO A CAIR, FICANDO LESIONADO NO PÉ
DIREITO; QUE, EM SEGUIDA FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA
CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-
PE; QUE, A VÍTIMA POSSUI CNH.

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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por LUIZ SILVINO NETO - Matrícula: 3308730





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Camilo da Silva Nascimento, portador da carteira de identidade nº 4.915.632, e inscrito no CPF/MF sob o nº 900.150.294-68 residente e domiciliado na Rua Quatro, 124, Conj. Resid. Laura Ramona Cidade Aragados da Inglaterra Estado PE, 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.

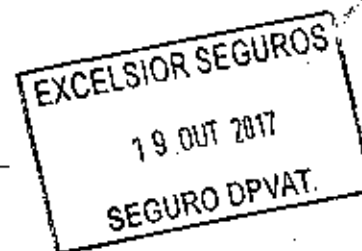
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Luiz Camilo da Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 04/10/17

Local e data



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

NOTIFICADO

SUS		H.R.E.C.		NOTIFICADO		Data 22.07.17	
PACIENTE	Nome: OTE CAMILO DA SILVA NASCIMENTO						Nº da Ocorrência
	Residência: LAURA RAMOS B SAO BRAZ DE DA INGAZEIRA						Telefone
RESPONSÁVEL	Nome: MAE VICENCIA FRANCISCA DA SILVA						Telefone
	Residência:						Telefone
CONDIÇÃO		PROFISSÃO		SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		AUTOMÓVEL		☒ MASC ☐ FEM	04/02/1992	BRASILEIRO	Nº: 15632 ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ AMBULÂNCIA		☐ DE AUTO ☐ OUTROS		SAÍDA CHEGADA: 07:32		☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		TEMPERATURA		Exames Complementares	
MAX: 120 MIN: 80						RX dos ossos do tornozelo em PA - perf. NOTIFICADO	
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico				Sinais - Sintomas: - Queixa de dor - Edema do tornozelo - Pulso distal e capilar - Bom EG, reflexos			
				- Imobilizar - Alívio da dor - Ortopedia - Dificuldade em - A.D.			

PE **CARTÓRIO UMBERTO GOMES**
 Praça Monsenhor Alípio de Arruda Câmara, 187 - Centro
 CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE)
 Tel: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
 Selo: 0150599.YPY0820170100526 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
 15/08/2017 12:15:50 ANNA KARLA GOMES
 PATRIOTA - Escrevente

EXCELSIOR SEGUROS
 19 OUT 2017
 SEGURO DPVAT

Destino Dado ao Paciente		Impressão Diagnóstica	
☐ Residência ☐ Internado	☐ Encaminhado ☐ Removido	Fratura das orelhas do tornozelo	
Obito às _____ H _____ Min do		Licença Concedida _____ Dias	
Dia _____			

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idades:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

22.02.2017 → Realizado visita social. Paciente torceu o pé. Siquardo por avaliação do médico

Traciete Daniele Silva
Assistente Social
CRESS Nº 7730

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: 08/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000021208-4

Nr. da Autenticação 2240CD36BC1DF6B8

Comprovante de residência



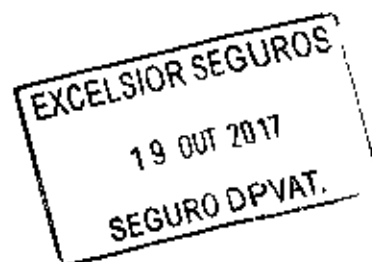
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Camilo da Silva NascimentoRG nº 4.915.632, data de expedição 02/03/2017 Órgão SDS/PE

CPF nº 900.150.294-68 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 Quatro</u>
Número	<u>124</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj Resid Laura Ramos - São Brás</u>
Cidade	<u>Apogador da Ingazeira</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-4907</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senna talhada 04/10/17Assinatura do Declarante: X Luiz Camilo da Silva Nascimento



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001/0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA ARTHUR PAOLILHA - NUM. - 00517 - CENTRO
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE 56800-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA	
MARILENE COSTA DOS SANTOS		105545139-4	
R QUATRO, N. 00124 - Q-E - CONJ RESID LAURA RAÍOS - SÃO BRAZ A FOGADOS DA INGAZEIRA PE 56800-000			
INSCRIÇÃO: 001-119-130-0312-000 GRUPO 10 DES AUTOMÁTICO 105545139-4		QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A-E)
A120210300	15/05/2017	15/06/2017	REAL
AGUA: LEIT ANT: 260 CONSUMO: 7 LEIT ATU: 267 LEIT FAT: 267			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO		MÊS DE AMOSTRAS	
		EAIG. PORT.	ANÁLISES
		MS 2.914/11	REALIZ. A LEGIS
04/2017	09	TURBIDEZ	48
03/2017	09	COR APARENTE	48
02/2017	09	CLORO RESIDUAL	48
01/2017	09	COLIF. TOTAIS	48
12/2016	08	E. COLI	48
11/2016	10		
MÉDIA: 09		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS À ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL			
CONSUMO DE ÁGUA		7 m³	40,18

TERMO DE RMI 15 06 2017 07100157

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às

177-379668412-4

26/Jun/2017

HORA DE 11:29:30

LOT. 15.23192-0

TERM 049722

LOCALIDADE: AFOGADOS DA INGAZEIRA

AG. VINCULADA: 1493

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

828400000009 401800100015
105545139012 052017100030

177-379668412-4

CAIXA

19 VIA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

VENCIMENTO: 25/06/2017

TOTAL A PAGAR: 40,18

mensagem:

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-002
CNPJ 10.835.030/0001-00 | Ins. Est. 0005942-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO DI LAYO 110

CPF: 368.710.364-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTÁVEL Nº 2278078019
DATA DE VENCIMENTO 08/2018

APRESENTAÇÃO Nº 1708/2018
DATA DE EMISSÃO 20081302011
VALOR 367,7321

CONTA CONTÁVEL Nº	2278078019	MÊS	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	27/08/2018	DATA DE EMISSÃO	18/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	124,18		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMO AGREGADO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Aggregado (kWh)	177,0000000	0,6300571	111,62
Contribuição Iluminação Pública			7,38
ICMS Subvenção CDE-NE 002101638-1804/18			1,12
Multa por atraso NF 002101638-1805/18			2,40
Juros por atraso NF 002101638-1805/18			0,77
PRO-CRIANÇA (08130412-B10000000031-8120)			0,98

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

124,18

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONTADOR	ADJUSTA	CONSUMO (kWh)
201011012	CAT	1765-2014	1770-2018	123728	1,0000	177,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	
MÊS	VALOR	DATA DE CANCELAMENTO	%	VALOR DO IMPORTE	DESCRIÇÃO DO IMPORTE
JUN 18	175			175,00	Consumo de energia
MAR 18	210			210,00	Consumo de energia
ABR 18	200			200,00	Consumo de energia
MAR 18	190			190,00	Consumo de energia
FEV 18	201			201,00	Consumo de energia
JAN 18	211			211,00	Consumo de energia
DEZ 17	200			200,00	Consumo de energia
NOV 17	247			247,00	Consumo de energia
OUT 17	237			237,00	Consumo de energia
SET 17	186			186,00	Consumo de energia
AUG 17	175			175,00	Consumo de energia
JUL 17	143			143,00	Consumo de energia
JUN 17	166			166,00	Consumo de energia

EXELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O cliente é responsável pelo uso adequado da energia elétrica e pelo pagamento das contas em tempo hábil.

Atenção: O cliente deve manter a tensão nominal de 220V e a frequência nominal de 60Hz. Qualquer alteração pode causar danos ao equipamento e ao sistema de distribuição. O cliente deve manter o equipamento em boas condições de funcionamento e evitar o uso de equipamentos de alta potência sem a devida autorização.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					TENSÃO DE TENSÃO	
COLUNA SERRA TALHADA	VALOR	UNID	VALOR	UNID	TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR
DIC	0,70	h	11,00	h	220	251
FIC	0,70	h	11,00	h	220	251
DNIC	0,70	h	11,00	h	220	251

CONTA CONTÁVEL Nº 2278078019
DATA DE VENCIMENTO 08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 124,18
83840000001-4 24180011002-8 27807801910-0 03541512433-9

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 44-5/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Ronana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz camilo da Silva nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.150.294 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Luiz camilo da Silva nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.150.294 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Francisco Olavo</u>		<u>110</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>IPSEF</u>	<u>Senna talhada</u>		<u>56912-130</u>
Email		telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Senna Talhada de 03 de Outubro de 2017

Local e Data

Ronana Cole M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGENCIA

SAÚDE DO
TRABALHADOR
ACIDENTE GRAVE

NOTIFICADO

SUS	Unidade	Data
	H.R.E.C	22.07.17
PACIENTE	Nome	Nº da Ocorrência
	LUIS CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	
	Residência	Telefone
	LAVRA RAMOS B SAO PRAZ AE DA LINDA ZEIRA	
RESPONSÁVEL	Nome	
	MARVICENCIA FRANCISCA DA SILVA	
	Residência	

Documentação médico-hospitalar



CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
SEGURO	AVIADOR	MASC	04/02/82	BRASILEIRO	1515632
ESPOSA		FEM		ESTRANGEIRO	
FIHO					
OUTROS					

PACIENTE CHEGOU	AMBULANCIA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO
ANDANDO	DE AUTO	SAIDA	MIN
AMBULANCIA	OUTROS	CHEGADA	
		SAIDA	

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	EXAMES COMPLEMENTARES
MAX	80		RX dos ossos da
MIN			perna esquerda

Causa Provável da Lesão: Queixa Principal: Exame Físico: Sinais: Sintomas:

Queda de moto

Edema do tornozelo

Pulso fraco no pé esquerdo

Bom CG, captação

NOTIFICADO

15/08/2017 12:15:50

ANNA KARLA GOMES

PATRIOTA - Escrevente



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol.R\$ 2,99, JSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33 Selo: 0150599.YPY08201702.00526 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 15/08/2017 12:15:50 ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

SEGURO DPVAT

Destino Dado ao Paciente	Impressão Diagnóstica
Residência	Fratura dos ossos da perna esquerda
Encaminhado	
Removido	
Obito às	
Ora	

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
900.150.294-68			
5 - CAIXÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PREC. NATAL	7 - SENTIAREGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
706000870573342			000140366
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	04/02/1972	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	(87) 99982-1929		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
RUA QUATRO		PE	56800-000
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
AFOGADOS DA INGAZEIRA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
DOR, GOSTA, e JOINTS EM TUMZ @ POS - OP. FRATURA.	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Rx1 Ex. Têxolo	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
OSTEOMITE LINE FIBULA @	M60
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
TRU CATURGOLO	0408060174
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
202 - TRAUMA, MASCULINO	1X 1CNS 1 1CPE
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
	01/09/2017
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
Mauriciana Pereira Ferreira CPF: 030.473.994-41 CRM: 18278	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAB DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ ASSISTENTE ☐ NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
1 CNS 1 CPE	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (PROFISSIONAL DO CONSELHO)
1 / 1	No Pereira de Almeida Melo CPF: 153.272.414-15 CRM: 8603 Médico Autorizador
EXCELSIOR SEGUROS 19 OUT 2017 SEGURO PRIVAT.	
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH) CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02 12 DATA DA INTERNAÇÃO: 01 09 17 DATA DA ALTA: 05 09 17	

XÍSERES



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 31/08/2017 09:59
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO		Nº DO PRONTUÁRIO: 359582
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1972	SEXO: Masculino
NOME DA VAL OU RESPONSÁVEL: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): QUADRA E. 124, SÃO BRAZ		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: AFOGADOS DA INGAZEIRA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2600104	UF: PE
		CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: A SÃO VICENTE PARA RETIRADA DE PARAFUSO TRANSVERSAL.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS REPERCUTOS DAS PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RADIOGRAFIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL: OSTEOMIELEITE DE FÍBULA DIREITA		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:		

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
31/08/17 09:59 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
31/08/17 09:59	Em digitação	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
31/08/17 09:59	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Aterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

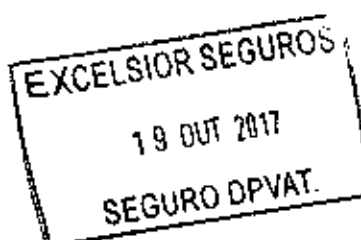
ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 01/09/2017		Nº Registro: 000140366	
Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO		202 - TRAUMA, MASC. 04	
Data Nascimento: 04/02/1972	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Preta
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO		Mãe: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	
Endereço: DONA LAURA MARIANO		124	
Bairro: SAO BRAZ	Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado: PE	Telefone: (87) 99982-1929
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Suicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
POTEU DERROMPER E SEQUESTRAR EM TUM (D), POST-OP. TRAUMA DO MEMBRO			
Diagnóstico Inicial: OSTEOMIOELITE FIBULAR (D)			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final			
EXCELSIOR SEGUROS 19 OUT 2017 SEGURO DPVAT.			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada [x]	Decisão Médica [x]	Data do Internamento: 01/9/17	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 05/9/17	
Piorado []	Transferência []	Pedro Aureliano Amador de Carvalho	
Óbito-48h []	Evasão []	Ortopedia e Traumatologia	
Óbito-48h []	Indisciplina []	Ortopedia Infantil	
Óbito em: / /		CRM-PE 16752	
Hora: / /		Médico Responsável	

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

ANDRÉ B.

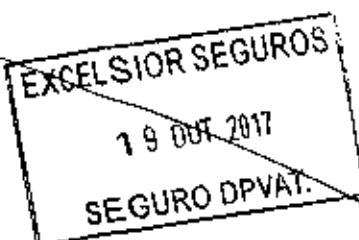
2º Auxiliar:

PEDRO A.

Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCE EM DD4
- ② ATERIOTA/ANTERIOR
- ③ ATERIOTA CANAL ETERIOR
- ④ RETIRO FIO K
- ⑤ INCISÃO LATERAL TNU ①
- ⑥ RETIRO RACHADO TRANSVERSAL
- ⑦ SUTURA HORIZONTAL



Pedro Luciano Xavier de Carvalho
Otorrinolaringologista
CRM 12.345

Assinatura do Cirurgião

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
900.150.294-68			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAI	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
706000870573342			000140366
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO		04/02/1972	Masculino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA		(87) 99982-1929	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
DONA LAURA MARIANO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF 18 - CEP
AFOGADOS DA INGAZEIRA			PE 56800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO		
Trauma T7/T8 @, CI DR, EDOMA e LIMITAÇÃO FUNKTUAL		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
RX / EX. FÍSICO		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL	
LESÃO - LUXAÇÃO T7/T8 @	S930	
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DO PROCEDIMENTO
T7@ CERVICAL		040P050497
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO
203 - TRAUMA MASCULINO	1X	CNS 1 CPF
31 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	33 - ASSINATURA E CARIMBO (DE DIRETOR NOME)
	27/07/2017	CPF: 030.473.694-41 CRM: 10878

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - EMPRESA	43 - CBOR
EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO			19 OUT 2017		

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
CNS CPF		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
	Dr. Felipe A. Melo CPF: 163.272.314-15 CRM: 8603 Médico Autorizador	
MOTIVO DA ALTA: 12		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02		
DATA DA INTERNAÇÃO: 27.07.17		
DATA DA ALTA: 29.07.17		

XI GERES

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/07/2017 10:06
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	Nº DO PRONTUÁRIO: 346086
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1972
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: VIVENCIA FRANCISCA DA SILVA	SEXO: Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO): RUA 4, 124, SÃO BRAZ	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: AFOGADOS DA INGAZEIRA	COD. IDGE MUNICÍPIO: 2600104
UF: PE	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: QUEDA DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 3 DIAS, EDEMA DO TORNOZELO + DOR.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RX		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

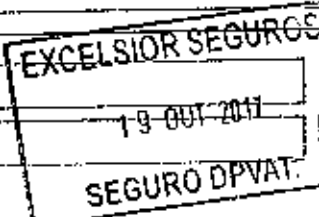
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CODIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
GRUPO LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	COD. ÓRGÃO EMISSOR:
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	



ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
24/07/17 10:06 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
24/07/17 10:06	Em digitação	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
24/07/17 10:06	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

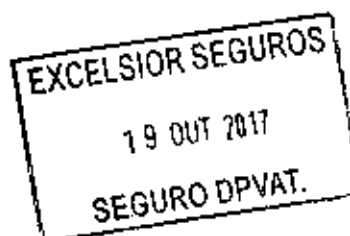
ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Região Nordeste

Data do Atendimento: 27/07/2017		Nº Registro: 000140366	
Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO 203 - TRAUMA. MASC. 01			
Data Nascimento: 04/02/1972	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Preta
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO		Mãe: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	
Endereço: DONA LAURA MARIANO 124			
Barro: SAO BRAZ	Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado: PE	Telefone: (87) 99982-1929

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito ☐	Acidente de Trabalho ☐	Outros Acidentes ☐	Agressão ☐
Suicídio ☐	Casual ☐	Outros ☐	

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
Endereço:	

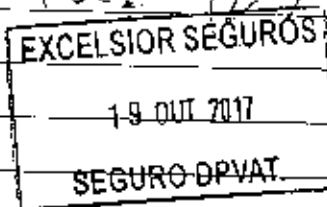
Local da Ocorrência:

ANAMNESE & EXAME FÍSICO

*Resposta: paciente com MLD, olef. -
 Miocardio e necrose da T12 - Dr.
 Cerebral, alto e supratentorial
 fratura de M11*

Diagnóstico Inicial	<i>fratura / luxação de T12 T13</i>
---------------------	-------------------------------------

S.A.D.T



Diagnóstico Final	<i>LESÃO LAXAÇÃO T12 T13</i>
-------------------	------------------------------

CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Melhorado ☒	Decisão Médica ☒
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐
Piorado ☐	Transferência ☐
Óbito+48h ☐	Evasão ☐
Óbito-48h ☐	Indisciplina ☐

Data do Internamento: 27/07/17

Data da Alta: 29/7/17

Local:

Óbito em: / /

Hora: / /

Dr. André Pinto Peixoto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 18426

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

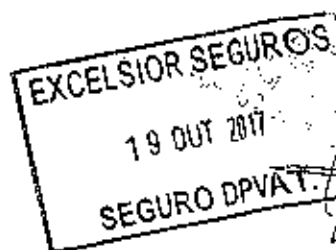
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PETE EM DDH
- ② ARTROPLASTIA ANTERTROSTICA
- ③ AB. FLETO E ALFOS ESTERILIZADO
- ④ INCISÃO MEDIAL E LATERAL
- ⑤ RODUENTES ELIMINADA
- ⑥ FIXAÇÃO CI PLACA, PARAFUSOS E FIOK
- ⑦ LAVO CI UTO, 9%.
- ⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE DOCUMENTOS	
NOME LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	
VÁLIDEM TUDO IDENTIFICAÇÃO NACIONAL 1421431312	BOG. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF 4915632 SDS PE
	CPF 900.150.294-68
	DATA NASCIMENTO 04/02/1972
	FILIAÇÃO COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO VICÊNCIA FRANCISCA DA SILVA
PERMISSÃO 27/07/2020	VALIDADE 24/02/2016
Nº REGISTRO 05828334560	
OBSERVAÇÃO PAR	
LOCAL AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	DATA EMISSÃO 02/03/2017
ASSINATURA DO EMISSOR Claudio Antônio Sousa Martins Diretor Presidente	
ASSINATURA DO TITULAR PERNAMBUCO	

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

SEGURO DPVAT.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170562680 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM EDEMA EM PERNA DIREITA, LESÕES CUTÂNEAS NO LOCAL DA CIRURGIA E LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO E FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/11/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Outros

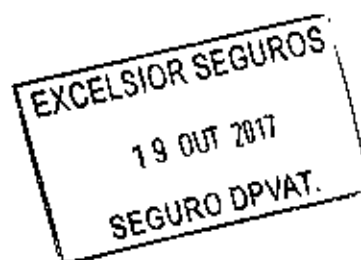


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 04 de Outubro de 2017

X Benedita da Silva Nascimento



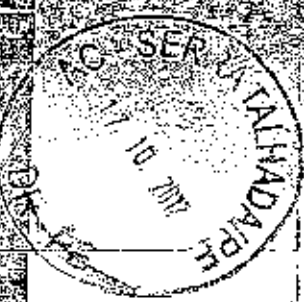
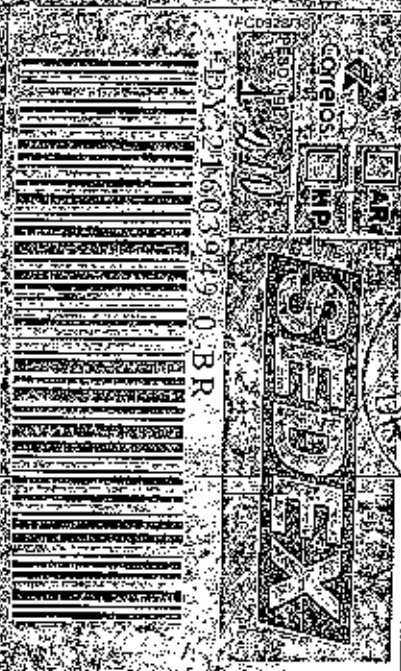
PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
18 out. 2017
JURIDICO



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGUROS
19-04-2011
SEGURO DE VITA

Procuração

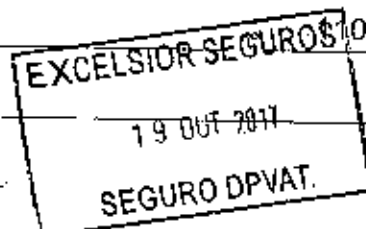
Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado conforme ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luiz Camilo da Silva Placimento
portador(a) do documento de identidade nº 4.915.632, expedido por SDS/PE, em
02/03/17, inscrito no CPF sob o nº 900.150.294-68, residente na
Rua Quatro, nº 124
complemento Casa, Bairro Conj Benio Laura Ramos cidade
Afogados da Ingazeira, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE



Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, o especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Serra Talhada 27 de Setembro de 2017

Serviço Notarial

Outorgante

Edvoneide Maria da Costa



Reconheço Por Autenticidade a firma de EDVONEIDE MARIA DA COSTA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,75, FERC R\$ 0,39 Selo: 0150599.KSR09201701.00917 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 28/09/2017 13:07:09 LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS- Substituto

Lucilio Valério S. dos Santos
Escritor Substituto

Lucilio Vale