

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180388366**

Vitima: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388366**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13289012



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180388366**
Vitima: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **26/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388366**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180388366**

Vítima: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

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 3180388366** 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, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: 3180388366
Vítima: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 26/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o **número 3180388366**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

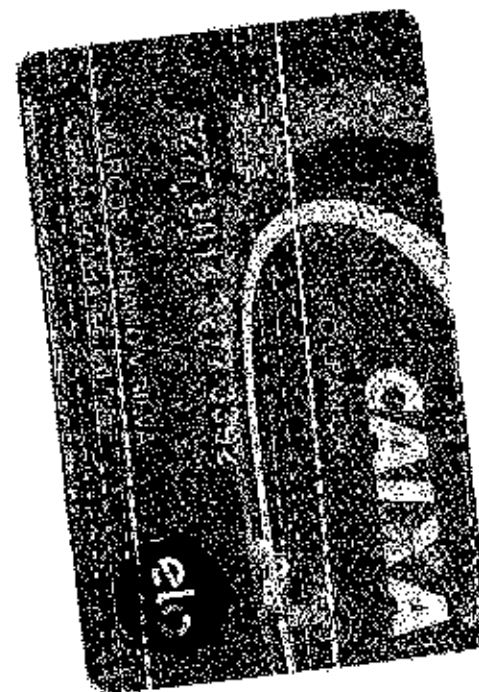
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ 12.123.456



RECEBEMOS

22 AGO 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ARAIOSES - ARAIOSES - MA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002231/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2018 08:22 Data/Hora Fim: 04/07/2018 08:48
Delegado de Polícia: Raphael Cardoso Dos Reis

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia Civil de Araiozes
Data/Hora do Fato: 26/04/2018 15:30

Local do Fato

Município: Araiozes (MA) ✓
Logradouro: RUA DAS MUNGUMBEIRAS SN

Tipo do Local: Via Pública

RECEBEMOS

22 AGO 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

Barrio: COMPRIDA
Nº: SN
CEP: 65 579-000

Natureza

1617: Acidentes diversos - trauma

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE) ✓

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Tianguá Sexo: Masculino Nasc. 17/03/1987
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Raça-Cor: Branca
Nome da Mãe: Maria Viria da Silva Nome do Pai: Jose Dias da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 849596
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.089.101-36

Endereço

Logradouro: SITI JUADOS VIEIRA
Bairro: INTERIOR DE VIÇOSA
Telefone: (63) 98456-6159 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

NARRA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE EM DIA, HORA E LOCAL CITADOS SOFREU UM TRAUMA NA PERNA DIREITA (PLATFOR TIBIAL DESCOMPENSADO) NECESSITANDO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. RELATA QUE SE DESCONTROLOU E CAIU DE CIMA DA U 20 CUSTOM DE PLACA HJ9 5405 DE COR VERMELHA DE VIÇOSA CEARÁ QUANDO O MOTORISTA DE NOME PEDRO PASSOS DE CIRQUEIRA DEU UMA MARCHA RE NO VEÍCULO



Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ



RECEBEMOS


22 AGO 2018

CERTIDÃO

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ nº 14.407.736/0001-06

Antônio Viana Barbosa Junior, *escrivão de Polícia Civil*, no uso de minhas atribuições legais, etc...

Certifica, a requerimento da parte interessada para fins de comprovação junto a Seguradora Líder, que o Sr. MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil noticiando que sofreu acidente de trânsito na data de 26.04.2018, por volta das 15:30h, na Rua Mungubeiras, no bairro de Comprida, da cidade de Araisos-MA, quando trafegava na carroceria do veículo GM/CHEVROLET D20 CUSTOM L, Cor: VERMELHA, Placa: HUB5405, Número Chassi: 9BG244RNMCMC025373, Proprietário: ANA ALICE ARAUJO PASSOS DE SIQUEIRA, quando se desequilibrou e veio a cair, resultando em trauma na perna direita. O referido é a expressão da verdade. Dou fé. Cartório da delegacia municipal de polícia civil de Viçosa do Ceará, em 12 de junho de 2018. Eu, Antônio Viana Barbosa Junior, escrivão de polícia, que digitei e assino.


Antônio Viana Barbosa Junior
Escrivão de Polícia Civil
Matricula 133.968-1-7


MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Marcos Adriano Vieira da Silva CPF da Vítima: 014.089.101-36 Data do Acidente: 26.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Segurado F. Nobre

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

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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Vicosa - Ce 09 de julho de 2018
Local e Data

* Marcos Adriano Vieira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEUS ARCOVERDE
R. RUA DO COMÉDIA,
JOVIÁRIA, PARNATIBA/PI - 64216-470
NPI: 06553564015593
061 3332-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Emergência)
Atendimento: P0286569 Registro: 163335
Data: 26/04/2018 Hora: 17:55:00
Funcionário: EMILIANA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

Nasc.: 17/03/1987 Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS
End.: POVOADO JUA DOS VIEIRAS, 0-
Cor: PARDA Telefone: ()

Profissão:

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA VIEIRA DA SILVA

CPF: - RG: 849596 - SUS: 700006755915607

Civil:

Cidade: VICOSA DO CEARÁ/CE

Pai:

Procedimentos

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)

Atto Declaratório

História Clínica/Exame Físico:

Exames Complementares:

gula Le alter (D-20) em

Doença osteopática

Prescrição Médica:

RECEBEMOS
22 AGO 2018

RAIO
DATA: 26-08-18
Médico: João Costa
CRM-PI 5041
CRM-MA 7282

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros F. Rel.
212 121487 7381000113

Doença a platts + insul (D)

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 18:08:02

☐ vermelho - emergência ☒ amarelo - não urgente ☐ amarelo - urgente ☐ verde - risco urgente ☐ azul - não urg

Queixa/História: DOR EM MLD DEVIDO ACIDENTE DE CARRO HÁ 2 HORAS

Diabético

Doença a platts + insul (D)

PA: 130X90 mmHg

TAX: 00c

FC: 8 bpm

Glucose: 0 mg/dl

3,8 de 20mmHg
0,8 de 20mmHg
0,8 de 20mmHg

SAT O2: 0

Dor:

ECG: 0

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

100 - MEDICO DE PLANTAO
Médico Responsável

ENELCOMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - Inscr. Estadual 66.105.848-3

Nome Fiscal Gr

Nº DO C.C.

NÚMERO:

006.018,

ENDEREÇO ST JUA DOS VIEIRAS 00000

BARRIO

MUNICIPIO VIGOSA CEARA

CEP: 62200000

ESTADO: CE

SEGUNDA VIA RECIBO DE CONTA EVENTUAL - RCE

CENTRO OPERATIVO

SAO BENEDITO

Nº DO CLIENTE: 9248847

DV 0

ROTA

21 31143 02 002750 - 7

VENCIMENTO:

01/06/2018

MUNICIPIO VIGOSA CEARA

PERÍODO/REF: 05/2018

FATURAMENTO:

06/2018

NOME JAQUELINE PASSOS DE SOUZA SILVA

CLASSIFICAÇÃO

T193 C:04 3:01

ENDEREÇO ST JUA DOS VIEIRAS 00000

CEP: 62200000

RCC

- 000000000000022068473-10

MOTIVO EMISSÃO:

160

MÉDIA DE CONSUMO: 299

SEQUENCIAL

GRANDEZA

CÁLCULOS

ENERGIA ATIVA - FASE 299

ENERGIA ATIVA - FASE 0

ENERGIA ATIVA - FASE 0

ENERGIA ATIVA - FASE INTER 0,00

ENERGIA ATIVA - FASE INTER 0,00

VALOR CONSUMO DO MES

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATORIA

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

ENERGIA ATIVA - FASE

ENERGIA ATIVA - FASE INTER

DEMANDA DE

ENERGIA ATIVA - FASE INTER

ENERGIA ATIVA - FASE INTER

BASE CÁLCULO

00,36

VALOR

0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

57EF.BEA3.C1B4.3B19.106C.758B.2F47.9540

INFORMAÇÕES

CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO DE CONTAS DE UTILIDADE PÚBLICA DEVE SER FEITA EM DATA DO VENCIMENTO SOB PENHA DE MULTA E PODERÁ PRORROGAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO

PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS

A OBRIGAÇÃO DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM COMPA POSTERIOR

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR

120,6

ENEL

PERÍODO / REF 05/2018

VENCIMENTO

01/06/2018

MUNICIPIO VIGOSA CEARA

COMPROVANTE ENEL

ROTA 21 31143 02 002750 - 7 TOTAL A PAGAR

120,6

0009248847 00006 4101 2 66

Nº DO CLIENTE 9246847-0

83830000001-2 20650031000-0 00092468470-4 00064101266-7



2a Via Refaturamento-RCE(41)

RECEBEMOS

22 AGO 2018

 Maria Geinelle F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ 21.467.739/0001-15

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

Maria Gecineide J. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 Antonio Fabio de Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.892.523/90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Admarco Viana da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.089.101/36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Admarco Viana da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.089.101/36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R. Lamentine Nogueira</u>	Número <u>03</u>	Complemento —
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Vitoria do Espírito</u>	Estado <u>ES</u>
Email <u>afarreira@opmouf.com</u>	CEP <u>62300-000</u>	
	Telefone comercial (DDD) <u>(28) 994044796</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 999273954</u>

Vitoria-Es, 06 de Julho de 2018
Local e data

Antonio Fabio de Araújo
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

22 AGO 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-05



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAIÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO
Av. Dr. Paulo Ramos, S/N, Centro - Araiões - MA
CEP: 65.570-000



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Data: 26/04/18

Hora: 16:43

Nome: Barcos Adriano Vianna da Silva Doc: _____

Data de nascimento: 17/03/87 Idade: 31a Naturalidade: Tranquã-CE Sexo: masculino

Nome do Pai: João das Neves da Silva

Nome da Mãe: Joana Vianna da Silva

Endereço: Centro

Cidade: Araiões-MA Profissão: _____

CNS: 700 0067 3591 5607

Pressão Arterial: _____ Temperatura: _____ Glicemia capilar: _____ Peso: _____

Dados clínicos: Amarelado, com icterícia, febre, dor abdominal.

Diagnóstico: Amarelão - Hepatite

Solic/exames complementares: _____

Prescrição Médica	Horário:	Enfermagem
<u>Prescrição Médica</u> <u>João das Neves da Silva</u> <u>26/04/18</u>		RECEBEMOS 22 AGO 2018 Maria Geineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-05

Data e hora da alta: _____

Destino: (Domicílio) (Óbito) (internação) (Transferência): _____

Assinatura e carimbo do médico responsável

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Médico

Araioses

20.7.18

Maria Cecineide F. Nobre
Correio de Seguros Elétricos
CNPJ: 21.487.736/0001-00

22-AGO-2018

RECEBEMOS

MUNICÍPIO:	ARAIOSES - MA
NOME DA UNIDADE:	
HOSPITAL E MATERNIDADE NSA DA CONCEÇÃO	
NOME DO PACIENTE:	Meliana Adriano Nogueira da Silva
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
SEXO:	
IDADE:	31a
SINAIS E SINTOMAS:	doença crônica, aparelho renal
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	hipertensão
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: AR	doença crônica - 7x

ENCAMINHAMENTO

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAIOSES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERINIDADE N. S. DA CONCEÇÃO
Av. Dr. Paulo Ramos, S/N, Centro Araioses - MA
CEP: 65.570-000

ARAIOSES



UNICO DE SAÚDE		FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		2 - CNES 8015899	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		4 - CNES 8015899	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 183339	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700006755915607		8 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/1987	
9 - NOME DA MÃE MARIA VIEIRA DA SILVA		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/>	
10 - ENDEREÇO POVOADO JOA DOS VIEIRAS, 0 - ZONA RURAL		11 - TELEFONE DE CONTATO () -	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA VICOSA DO CEARÁ		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2314102	
		15 - UF CE	
		16 - CEP 62300-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma no joelho direito</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO <i>fratura</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>normal</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do joelho direito</i>			
21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trat. Cirúrgico</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA CLÍNICA MÉDICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO (x) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Vitor Carneiro</i> Médico CRM 3478		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/04/2018	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM) <i>Dr. Vitor Carneiro</i> Médico CRM 3478
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO		38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNPJ EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CHS (x) CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	
<p style="text-align: center;">RECEBEMOS</p> <p style="text-align: center;">22 AGO 2018</p> <p style="text-align: right;">Maria Georgette F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.735/0001-00</p>			



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Urbia

BOLLETTIN DE ANESTESIA

NOME		IDADE		DATA DE NASC		PESO		SEXO	
MARCOS Adriano Vinicius de S. Jr.		11		11/05/18					
PROFISSIONAL				PROFISSIONAL					
ESTADO CIVIL				ESTADO CIVIL					
ESTADO FÍSICO				ESTADO FÍSICO					
PESO		ALTURA		OUTROS					
100		1,70							
TEMPERATURA		PULSO		PRESSÃO		URINA		FECA	
36,5		72		120/80					
HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		ELAS					
14		40							
COLESTEROL		TRIGLICÉRIDOS		GLICOSE		ACID. URICO		CREATININA	
180		150		100		5		1,2	

[illegible]

¡-CEBEMOS

7. 6. 2018

Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ 121.437.736/0001-06

FNP 121.437.736.0001-08

[illegible]

MEDICAL ADVANCES BETTER AIDS

[illegible]

Англистика / Grammar

පාලනයන්හි වෙනස්කම්

[illegible]

ಪ್ರಾಂತ್ಯೀಯ: 85 3716.9582.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

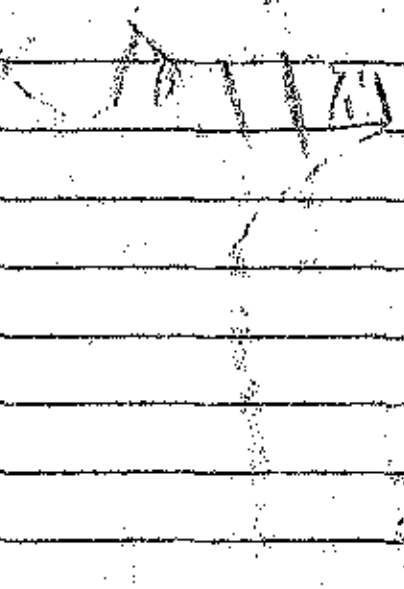
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME Marcos Adriano Silva IDADE _____ LEITO 41/01 DATA 07/05/11

PRESCRIÇÃO	MORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
			10:00 cliente segue agudizado procedimento cirúrgico, mantém MTD imobilizado com tala de gesso
			P.A. 120x80mm - Mg. Galvão
RECEBEMOS			
22 AGO 2010			
Marta Cezineide F. Nobre			
Coordenadora de Seguros Elétricos			
CNPJ 12.148.773/0001-11			



PIZZA
GRUPPO DO ESTABO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

COLLETTIVA AVESTESIA

[illegible]

PHYSICIAN'S TESTIMONY

[illegible]

Material: 2 unidades de soro fisiológico 0,9% 500ml **PIAUI**
 Nº do Lote: 11/21 Método de esterilização: Vapor
 Data da Esterilização: 21/05/18 5 furo
 Data de Validade: 21/05/18
 Responsável pelo preparo: ca



INÍCIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
 CIRURGIÃO: Dr. Victor
 1º AUXILIAR: Dr. Decato ANESTESISTA: Dr. Salgueiro

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaina pesada	amp	01
Agua estéril 10mL	amp		Neocaina s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp		Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp	01	Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	05
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr		Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	
Methergim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pasada)	fr	
Neocaina c/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº <u>20</u>	um	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. <u>40x125x7</u>	uma	01/03	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº <u>27</u>	uma	01	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.: <u>15cm</u>	rolo	04	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	um	01	Mononylon nº 3-0	env	02
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº <u>24/20</u>	uma	02/03	Prolene nº	env	
Luva estéril nº <u>7.0/9.5/8.5</u>	par	02/03/01	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº	par		Vicryl nº 2-0	env	01
Scalp nº	um		Vicryl nº 1	env	02
Sonda foley 2 vias nº	uma				
Sonda foley 3 vias nº	uma		02 2x/mm	mm	
Sonda nasogástrica nº	uma		elétrico		05
Sonda vesical simples nº	uma		seringas 10/5/3		02/03/01
Coletor de urina	um		cateter tipo similar		01
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? Plata + parafusos

FEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

OUTROS

Atendimento:	1020954
Data:	26/04/2018
Hora:	19:16

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAÍBA/PI

Nº AI
JAKSC

BOLETIM DE ADMISSÃO

163339 - MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

- Sexo: MASCULINO - 17/03/1987 - 31 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS

Clínica: CLÍNICA MÉDICA	Enfermaria: 034- SALA 01	Leito: CC01	Convênio: SUS
Escolaridade:	Médico: 2823 - BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO		
CPF:	RG: 849596	C/N:	SIS Prenatal:
Endereço: POVOADO JUA DOS VIEIRAS, Nº 0 - CEP: 62300-000	Bairro: ZONA RURAL		
Cidade: 2314102- VICOSA DO CEARÁ/CE	Profissão:	Telefone: () -	
Pai:	Mãe: MARIA VIEIRA DA SILVA		
Responsável: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA - ()	-- O MESMO		
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			
Diagnóstico Definitivo:			

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Tratado com sucesso (2) curado e / ou,
sem sequelas.

Diagnóstico Provável

Fraqueza física (2)

RECEBEMOS

27 AGO 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 121.487.735/0001-06

Dr. Bernardo de Oliveira Sousa Filho
Médico
CRM 3470

BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

A: 28/04/2018

How to

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA PARA DIABETES

METFORMINA 500 MG VO EM JEJUM

GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H INSULINA REGULAR CON ESQUEMA

DIPIRONA 1AMP IM 6/6H SE NEC

DICLOFENACO 1 COMP VO 12/12H

HEP SODICA 5000 ULSC DE 12/12H5

TRAMAL 100MG EY 8/8H S/N

55VV

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRO BRANCO

MARCOS ADRIANO SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº F1

43

01

Dr. Cl. Med 22 4/12 - Presa - hiperapneia (?)
 em controle com Metformina em 100mg
 - Marlene Almeida 6/6 km
 Mela Irmã de Marlene
 Afonso Metformina 100mg
 RECURSO em fase de análise
 VO em análise e pendente

RECEBEMOS
 22 AGO 2008
 Maria Geckel de F. Almeida
 Corregedora de Seguros
 CNPJ 12.148.728/0001-00

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME: Marcos Adriano Vieira da Silva REG: ENF: 41 LEITO: 01

D/HR M.A.V.S., 34 anos, masculino, com história de platô digital D+ náuseas, DD, etc.

10/05/18 do, orientado, verbalizando, a.a.g. SSUV - FC: 96 bpm, PA: 120 x 70 mmHg, FR: 18 l/m,

03:10-08:30 AC: BNF RCR AT 31 e ou 3, AP: Normal. CONDUTA: Foi dado assistência quanto ao pro-

nóstico, e quanto aos hábitos sociais em vida, para redução dos episódios de hipertensi-
ão. Não representa dor e ansiedade. Não ocorreu intercorrências. Vol. Matheus de Araújo S.

17/05/18 M.A.V.S. 34 anos, O, pós-exúrgico em faculdade de platô digital D, etc.

08:00 às 08:35 bônus tipo II, acordado, orientado, verbalizando bem DD, a.a.g.

SSUV; PA: 120 x 100 / 100 x 90 mmHg; FC: 97 / 100 bpm; FR: 18 / 19 expm;
AP: MVOT um AHTx; AC: BNF RCR AT sem papéis no instalador Parodi
ta: Olhos com miosíne muscular de MMII, mobilização ativa, teste de Tommo-
zelo e quedadações de MTB e de MTE; drenagem de peso em MTE, ora
breve imgeral quanto aos cuidados com a fisiologia e evolução da
moléstia independentemente. Paciente aguardando alta hospitalar pe-
lência para home. Atendimento por intercorrências. Acadêmicas. Uni-
versidade Paulista das Ciências

RECEBEMOS
22 JUN 2018
Maria Geomera F. Nogueira
Coordenadora de Serviços Emé-
r-gentes
CNPJ nº 14.077.725/0001-00



DR. Climério Xavier Martins

MÉDICO CLÍNICO GERAL

ESPECIALIZAÇÃO: PERÍCIAS MÉDICAS E MEDICINA LEGAL

CRÉMEC: 6261 - CPF: 381.709.223-72

Rua Prefeito Antônio Gomes da Silva, 93 - Centro
Viçosa do Ceará - CE. Tel: 98 3632-5131 - 992350163

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Atenção: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Molitor Adriano Vieira da Silva</i>	NÚMERO DO SINISTRO:
--	---------------------

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>26/04/2018</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>26/04/2018</i>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <i>Climério Xavier Martins - CRM CE 6261</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>o limite de movimento de extensão, flexão de punho em 30%; limitação de 60% de movimento de joelho D.</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <i>tratamento único e final para o joelho finalizado</i>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO, DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão afetado)

	Segmento anômico ou órgão afetado
1º	<i>Joelho e Punho Direto</i>
2º	
3º	
4º	
5º	

RECEBEMOS

03 SET 2018

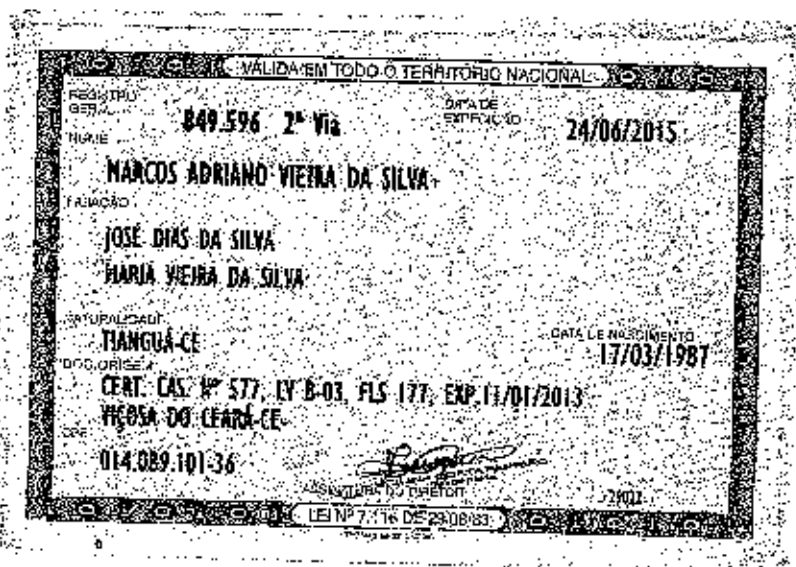
Maria Geconilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-01

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *31/08/2018* A *31/08/2018* E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

<i>Viçosa do Ceará</i> LOCAL	<i>31/08/2018</i> DATA	<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA E CARIMBO
---------------------------------	---------------------------	---

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

<i>Viçosa do Ceará</i> LOCAL	<i>31/08/2018</i> DATA	<i>Molitor Adriano Vieira da Silva</i> ASSINATURA DA VÍTIMA
---------------------------------	---------------------------	--



RECEBEMOS
22 AGO 2018
Mariana Cecchi de F. Nobre
Corretora de Seguros Evid
CNPJ 02.148.773/0001-10

950280801

959283861

[illegible]

RECEBEMOS

22 AGO 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 27.487.736/0001-06

之四 世界大同

FBI ID: 00167189B0-000000000 2017

本報自開辦以來，承蒙各界人士之愛護，不勝感荷。茲為便利讀者起見，特將本報之地址，由舊址遷至新址，以便讀者之閱覽。此佈。

طبع و نشر: دار الفکر، بیروت

71025405/CE

93-244ENH45025373

BYE

0414254

CASTLE VERMILION

De la Cruz et al.

1. 金銀業

濟水直下飛奔北流

● 關於「新學期」

2000-2001

1. **THE**
 2. **THE**
 3. **THE**

CH 200 51 JUL 28 1963

SECRET

2019年12月31日

2017-2467

2017-24/07

Page 41

SECRET

95GZ44RUMC025373

Chemical Analysis

33 33

71.08

2000年12月

DECLASSIFICATION

[illegible]

2014年12月15日

1. **NAME** _____
 2. **DATE** _____
 3. **TIME** _____
 4. **LOCATION** _____
 5. **REASON** _____
 6. **WITNESSES** _____
 7. **SIGNATURE** _____
 8. **INITIALS** _____
 9. **REMARKS** _____
 10. **DATE** _____
 11. **TIME** _____
 12. **LOCATION** _____
 13. **REASON** _____
 14. **WITNESSES** _____
 15. **SIGNATURE** _____
 16. **INITIALS** _____
 17. **REMARKS** _____
 18. **DATE** _____
 19. **TIME** _____
 20. **LOCATION** _____
 21. **REASON** _____
 22. **WITNESSES** _____
 23. **SIGNATURE** _____
 24. **INITIALS** _____
 25. **REMARKS** _____
 26. **DATE** _____
 27. **TIME** _____
 28. **LOCATION** _____
 29. **REASON** _____
 30. **WITNESSES** _____
 31. **SIGNATURE** _____
 32. **INITIALS** _____
 33. **REMARKS** _____
 34. **DATE** _____
 35. **TIME** _____
 36. **LOCATION** _____
 37. **REASON** _____
 38. **WITNESSES** _____
 39. **SIGNATURE** _____
 40. **INITIALS** _____
 41. **REMARKS** _____
 42. **DATE** _____
 43. **TIME** _____
 44. **LOCATION** _____
 45. **REASON** _____
 46. **WITNESSES** _____
 47. **SIGNATURE** _____
 48. **INITIALS** _____
 49. **REMARKS** _____
 50. **DATE** _____
 51. **TIME** _____
 52. **LOCATION** _____
 53. **REASON** _____
 54. **WITNESSES** _____
 55. **SIGNATURE** _____
 56. **INITIALS** _____
 57. **REMARKS** _____
 58. **DATE** _____
 59. **TIME** _____
 60. **LOCATION** _____
 61. **REASON** _____
 62. **WITNESSES** _____
 63. **SIGNATURE** _____
 64. **INITIALS** _____
 65. **REMARKS** _____
 66. **DATE** _____
 67. **TIME** _____
 68. **LOCATION** _____
 69. **REASON** _____
 70. **WITNESSES** _____
 71. **SIGNATURE** _____
 72. **INITIALS** _____
 73. **REMARKS** _____
 74. **DATE** _____
 75. **TIME** _____
 76. **LOCATION** _____
 77. **REASON** _____
 78. **WITNESSES** _____
 79. **SIGNATURE** _____
 80. **INITIALS** _____
 81. **REMARKS** _____
 82. **DATE** _____
 83. **TIME** _____
 84. **LOCATION** _____
 85. **REASON** _____
 86. **WITNESSES** _____
 87. **SIGNATURE** _____
 88. **INITIALS** _____
 89. **REMARKS** _____
 90. **DATE** _____
 91. **TIME** _____
 92. **LOCATION** _____
 93. **REASON** _____
 94. **WITNESSES** _____
 95. **SIGNATURE** _____
 96. **INITIALS** _____
 97. **REMARKS** _____
 98. **DATE** _____
 99. **TIME** _____
 100. **LOCATION** _____
 101. **REASON** _____
 102. **WITNESSES** _____
 103. **SIGNATURE** _____
 104. **INITIALS** _____
 105. **REMARKS** _____
 106. **DATE** _____
 107. **TIME** _____
 108. **LOCATION** _____
 109. **REASON** _____
 110. **WITNESSES** _____
 111. **SIGNATURE** _____
 112. **INITIALS** _____
 113. **REMARKS** _____
 114. **DATE** _____
 115. **TIME** _____
 116. **LOCATION** _____
 117. **REASON** _____
 118. **WITNESSES** _____
 119. **SIGNATURE** _____
 120. **INITIALS** _____
 121. **REMARKS** _____
 122. **DATE** _____
 123. **TIME** _____
 124. **LOCATION** _____
 125. **REASON** _____
 126. **WITNESSES** _____
 127. **SIGNATURE** _____
 128. **INITIALS** _____
 129. **REMARKS** _____
 130. **DATE** _____
 131. **TIME** _____
 132. **LOCATION** _____
 133. **REASON** _____
 134. **WITNESSES** _____
 135. **SIGNATURE** _____
 136. **INITIALS** _____
 137. **REMARKS** _____
 138. **DATE** _____
 139. **TIME** _____
 140. **LOCATION** _____
 141. **REASON** _____
 142. **WITNESSES** _____
 143. **SIGNATURE** _____
 144. **INITIALS** _____
 145. **REMARKS** _____
 146. **DATE** _____
 147. **TIME** _____
 148. **LOCATION** _____
 149. **REASON** _____
 150. **WITNESSES** _____
 151. **SIGNATURE** _____
 152. **INITIALS** _____
 153. **REMARKS** _____
 154. **DATE** _____
 155. **TIME** _____
 156. **LOCATION** _____
 157. **REASON** _____
 158. **WITNESSES** _____
 159. **SIGNATURE** _____
 160. **INITIALS** _____
 161. **REMARKS** _____
 162. **DATE** _____
 163. **TIME** _____
 164. **LOCATION** _____
 165. **REASON** _____
 166. **WITNESSES** _____
 167. **SIGNATURE** _____
 168. **INITIALS** _____
 169. **REMARKS** _____
 170. **DATE** _____
 171. **TIME** _____
 172. **LOCATION** _____
 173. **REASON** _____
 174. **WITNESSES** _____
 175. **SIGNATURE** _____
 176. **INITIALS** _____
 177. **REMARKS** _____
 178. **DATE** _____
 179. **TIME** _____
 180. **LOCATION** _____
 181. **REASON** _____
 182. **WITNESSES** _____
 183. **SIGNATURE** _____
 184. **INITIALS** _____
 185. **REMARKS** _____
 186. **DATE** _____
 187. **TIME** _____
 188. **LOCATION** _____
 189. **REASON** _____
 190. **WITNESSES** _____
 191. **SIGNATURE** _____
 192. **INITIALS** _____
 193. **REMARKS** _____
 194. **DATE** _____
 195. **TIME** _____
 196. **LOCATION** _____
 197. **REASON** _____
 198. **WITNESSES** _____
 199. **SIGNATURE** _____
 200. **INITIALS** _____
 201. **REMARKS** _____
 202. **DATE** _____
 203. **TIME** _____
 204. **LOCATION** _____
 205. **REASON** _____
 206. **WITNESSES** _____
 207. **SIGNATURE** _____
 208. **INITIALS** _____
 209. **REMARKS** _____
 210. **DATE** _____
 211. **TIME** _____
 212. **LOCATION** _____
 213. **REASON** _____
 214. **WITNESSES** _____
 215. **SIGNATURE** _____
 216. **INITIALS** _____
 217. **REMARKS** _____
 218. **DATE** _____
 219. **TIME** _____
 220. **LOCATION** _____

RECEBEMOS
22 AGO 2019
Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.437.369/01-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388366 **Cidade:** Araióses **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388366 **Cidade:** Araióses **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Marcos Adriano Vieira da Silva
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: casado
Profissão: autônomo
Identidade: 849.596. CPF: 014.089.101-36
Endereço: Ul. Quil dos Vinhos Bairro: unil
Cidade: Vitoria do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antonio Fabio de Araujo
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado
Profissão: autônomo
Identidade: 2001099079843 CPF: 006.892.523-90
Endereço: Tr. Lamentine Nequeira Bairro: São Francisco
Cidade: Vitoria do Ceará Estado: Ceará

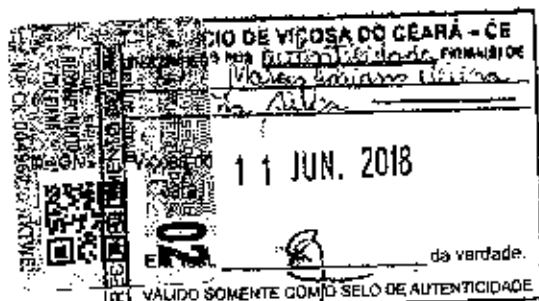
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Marcos Adriano Vieira da Silva

Vitoria do Ceará, 11 de junho de 2018.
Local e data

Marcos Adriano Vieira da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



Noelene Correa dos Santos
Escritor

RECEBEMOS

22 JUN 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.437.735/0001-08



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180388366 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 01408910136

Posição em 10-02-2020 12:45:16

Seu processo foi analisado por nossa equipe técnica e, como identificamos a existência de irregularidades, o seu pedido de indenização foi arquivado.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/09/2018	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwoaZCB__KSyeEXG2api_key=SnIdRDgzJqyMV51lfN9Hzip3+MbbZT0VmXJlhl4pNwQ=)
13/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/QAhSYAKUFDzPE6OUIapi_key=SnIdRDgzJqyMV51lfN9Hzip3+MbbZT0VmXJlhl4pNwQ=)
29/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xj407QqrB97MB0YUwliYapi_key=SnIdRDgzJqyMV51lfN9Hzip3+MbbZT0VmXJlhl4pNwQ=)
28/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pRtyYXz25sKlKEO6Nrxapi_key=SnIdRDgzJqyMV51lfN9Hzip3+MbbZT0VmXJlhl4pNwQ=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)
l%C3%ADder-dpvt)

Serviços

› Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)