

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiza Maria Alves da Silva,
RG nº 6884347, data de expedição 26/10/17,
Órgão SOSPIF, portador do CPF nº 053968.414-78, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Morro de Melo Rezende Prímo, nº 183,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Vinícius Matheus Siqueira, cujo o condutor era
Luiz Gonzaga da Silva.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 150 FAN E3 DI
Ano: 2013/2014
Placa: PGT 7468
Chassi: GC2KC1680ER405773
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: 25/06/2018



Luiza M. Alves da Silva
Assinatura do Declarante

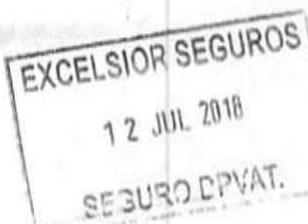
Luiz Gonzaga da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Lúcia de Souza

Substituta
SUSPENSAO OFÍCIO DE SERRA TALHADA - REC 107.000
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
CIC 107.000
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a firma por Autenticidade de LUIZA MARIA
ALVES DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada - PE Em Teste
) da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol.
- R\$ 3,39 TSNR - R\$ 0,80 PERC - R\$ 0,40 IHS - R\$ 0,00
Selo: 0074872.TIX06201801.02812 06/07/2018 11:22:58
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



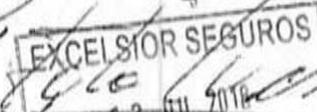
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

N°: 88

Data: 11-03-18	Hora: 18:03				
Nome: Almícius Matheus Amizé Silva					
Nascimento: 25-11-96	Sexo: Mas.	Estado Civil: Solteiro			
Escolaridade: 8º medio	Profissão: Jovem				
Mãe: Adélia Amizé de Medeiros Silva / O meando	Responsável:				
Endereço: Rua Manoel D. Lemos 1337					
Bairro: JPPB	Município: STT / PE	Fone:			
Cartão SUS: 398003723953214		RG/CPF: /			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

PA:	P脉:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Mfo, opere les respiro O cílego do seto cor branca corroso em nõo E.				

Tratamento:
- Dilatação - - Rot nõo E - Enfermaria - Ao Dr. de Peleto.

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:			
Fistula nõo E.	 EXCELSIOR SEGUROS 12 JUL 2014 SEGURO PRVAT UOL JAISSON JOSE DOS SANTOS CRM PE 17769 CRM PR 1141			
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs de dia			

Identificação do Paciente
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:
HOSPITAL SÃO VICENTE
3. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:
HOSPITAL SÃO VICENTE

1. LSCA
2. LSCB
3. LSCC
4. LSCD

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO:

9412814

5. CARTÃO NACIONAL DE SUS:

70320864491000

7. NOME DO PACIENTE:

VINICIUS MATEUS SOUZA SILVA

12. NOME DA MULHER:

ADALVA DINIZ DE SOUZA SILVA

13. ENDERECO DO PACIENTE:

RUA MANOEL PEREIRA, 115

15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

19. HISTÓRICO CLÍNICO:

20. PRINCIPAIS SINTOMAS:

21. DIÁGNOSES PROBABILÍSTICAS:

22. DESCRIÇÃO DA ENFERMIDADE:

23. CLÍNICA:

202 - TRAUMA

24. AÇÃO PRIMÁRIA:

Antônio Gonçalves de Freitas

25. VÍNCULO COM A CLÍNICA:

35-1 F. ACIDENTE DE TRÂNSITO

36-1 F. ACIDENTE DE ÁGUAS

37-1 F. ACIDENTE DE TRABALHO

44. VÍNCULO COM A CLÍNICA:

1. FAMÍLIA/GRUPO:

45. CÓDIGO DO PACIENTE:

46. DOCUMENTO:

47. DOCUMENTO:

1. CNPJ / CPF:

49. DATA DA AUTORIZAÇÃO:

50. DOCUMENTO:

51. DOCUMENTO:

52. DOCUMENTO:

53. DOCUMENTO:

54. DOCUMENTO:

55. DOCUMENTO:

56. DOCUMENTO:

57. DOCUMENTO:

58. DOCUMENTO:

59. DOCUMENTO:

60. DOCUMENTO:

61. DOCUMENTO:

62. DOCUMENTO:

63. DOCUMENTO:

64. DOCUMENTO:

65. DOCUMENTO:

66. DOCUMENTO:

67. DOCUMENTO:

68. DOCUMENTO:

69. DOCUMENTO:

70. DOCUMENTO:

71. DOCUMENTO:

72. DOCUMENTO:

73. DOCUMENTO:

74. DOCUMENTO:

75. DOCUMENTO:

76. DOCUMENTO:

77. DOCUMENTO:

78. DOCUMENTO:

79. DOCUMENTO:

80. DOCUMENTO:

81. DOCUMENTO:

82. DOCUMENTO:

83. DOCUMENTO:

84. DOCUMENTO:

85. DOCUMENTO:

86. DOCUMENTO:

87. DOCUMENTO:

88. DOCUMENTO:

89. DOCUMENTO:

90. DOCUMENTO:

91. DOCUMENTO:

92. DOCUMENTO:

93. DOCUMENTO:

94. DOCUMENTO:

95. DOCUMENTO:

96. DOCUMENTO:

97. DOCUMENTO:

98. DOCUMENTO:

99. DOCUMENTO:

100. DOCUMENTO:

101. DOCUMENTO:

102. DOCUMENTO:

103. DOCUMENTO:

104. DOCUMENTO:

105. DOCUMENTO:

106. DOCUMENTO:

107. DOCUMENTO:

108. DOCUMENTO:

109. DOCUMENTO:

110. DOCUMENTO:

111. DOCUMENTO:

112. DOCUMENTO:

113. DOCUMENTO:

114. DOCUMENTO:

115. DOCUMENTO:

116. DOCUMENTO:

117. DOCUMENTO:

118. DOCUMENTO:

119. DOCUMENTO:

120. DOCUMENTO:

121. DOCUMENTO:

122. DOCUMENTO:

123. DOCUMENTO:

124. DOCUMENTO:

125. DOCUMENTO:

126. DOCUMENTO:

127. DOCUMENTO:

128. DOCUMENTO:

129. DOCUMENTO:

130. DOCUMENTO:

131. DOCUMENTO:

132. DOCUMENTO:

133. DOCUMENTO:

134. DOCUMENTO:

135. DOCUMENTO:

136. DOCUMENTO:

137. DOCUMENTO:

138. DOCUMENTO:

139. DOCUMENTO:

140. DOCUMENTO:

141. DOCUMENTO:

142. DOCUMENTO:

143. DOCUMENTO:

144. DOCUMENTO:

145. DOCUMENTO:

146. DOCUMENTO:

147. DOCUMENTO:

148. DOCUMENTO:

149. DOCUMENTO:

150. DOCUMENTO:

151. DOCUMENTO:

152. DOCUMENTO:

153. DOCUMENTO:

154. DOCUMENTO:

155. DOCUMENTO:

156. DOCUMENTO:

157. DOCUMENTO:

158. DOCUMENTO:

159. DOCUMENTO:

160. DOCUMENTO:

161. DOCUMENTO:

162. DOCUMENTO:

163. DOCUMENTO:

164. DOCUMENTO:

165. DOCUMENTO:

166. DOCUMENTO:

167. DOCUMENTO:

168. DOCUMENTO:

169. DOCUMENTO:

170. DOCUMENTO:

171. DOCUMENTO:

172. DOCUMENTO:

173. DOCUMENTO:

174. DOCUMENTO:

175. DOCUMENTO:

176. DOCUMENTO:

177. DOCUMENTO:

178. DOCUMENTO:

179. DOCUMENTO:

180. DOCUMENTO:

181. DOCUMENTO:

182. DOCUMENTO:

183. DOCUMENTO:

184. DOCUMENTO:

185. DOCUMENTO:

186. DOCUMENTO:

187. DOCUMENTO:

188. DOCUMENTO:

189. DOCUMENTO:

190. DOCUMENTO:

191. DOCUMENTO:

192. DOCUMENTO:

193. DOCUMENTO:

194. DOCUMENTO:

195. DOCUMENTO:

196. DOCUMENTO:

197. DOCUMENTO:

198. DOCUMENTO:

199. DOCUMENTO:

200. DOCUMENTO:

201. DOCUMENTO:

202. DOCUMENTO:

203. DOCUMENTO:

204. DOCUMENTO:

205. DOCUMENTO:

206. DOCUMENTO:

207. DOCUMENTO:

208. DOCUMENTO:

209. DOCUMENTO:

210. DOCUMENTO:

211. DOCUMENTO:

212. DOCUMENTO:

213. DOCUMENTO:

214. DOCUMENTO:

215. DOCUMENTO:

216. DOCUMENTO:

217. DOCUMENTO:

218. DOCUMENTO:

219. DOCUMENTO:

220. DOCUMENTO:

221. DOCUMENTO:

222. DOCUMENTO:

223. DOCUMENTO:

224. DOCUMENTO:

225. DOCUMENTO:

226. DOCUMENTO:

227. DOCUMENTO:

228. DOCUMENTO:

229. DOCUMENTO:

230. DOCUMENTO:

231. DOCUMENTO:

232. DOCUMENTO:

233. DOCUMENTO:

234. DOCUMENTO:

235. DOCUMENTO:

236. DOCUMENTO:

237. DOCUMENTO:

238. DOCUMENTO:

239. DOCUMENTO:

240. DOCUMENTO:

241. DOCUMENTO:

242. DOCUMENTO:

243. DOCUMENTO:

244. DOCUMENTO:

245. DOCUMENTO:

246. DOCUMENTO:

247. DOCUMENTO:

248. DOCUMENTO:

249. DOCUMENTO:

250. DOCUMENTO:

251. DOCUMENTO:

252. DOCUMENTO:

253. DOCUMENTO:

254. DOCUMENTO:

255. DOCUMENTO:

256. DOCUMENTO:

257. DOCUMENTO:

258. DOCUMENTO:

259. DOCUMENTO:

260. DOCUMENTO:

261. DOCUMENTO:

262. DOCUMENTO:

263. DOCUMENTO:

264. DOCUMENTO:

265. DOCUMENTO:

266. DOCUMENTO:

267. DOCUMENTO:

268. DOCUMENTO:

269. DOCUMENTO:

270. DOCUMENTO:

271. DOCUMENTO:

272. DOCUMENTO:

273. DOCUMENTO:

274. DOCUMENTO:

275. DOCUMENTO:

276. DOCUMENTO:

277. DOCUMENTO:

278. DOCUMENTO:

279. DOCUMENTO:

280. DOCUMENTO:

281. DOCUMENTO:

282. DOCUMENTO:

283. DOCUMENTO:

284. DOCUMENTO:

285. DOCUMENTO:

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - FAJ - 1006

DATA DA SOLICITAÇÃO
10/01/2018 10:23

MÉDICO SOLICITANTE
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

LETRINHA SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
CRM: 51.652

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
VINÍCIOS MATHEUS DINIZ SILVA

CARTERINA SOCIAL DE SAÚDE (CRS)

DATA DE Nascimento

28/11/1906

CPF: 000.000.000-00
226.624

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA

ENDEREÇO/UF/CEP/PAÍS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CDR. DOSE MUNICÍPIO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA S MTC E

Diagnóstico e justificativa de internação:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (DEPARTAMENTO DE EXAMES) 2017/2018
RAIO X

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIOS
FRATURA S MTC E

DATA DE EMISSÃO: 12/01/2018 DATA DE RECEBIMENTO: 12/01/2018

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

DATA: 12/01/2018
CHARATER DA INTERNACAO: URGENCIA

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - FAJ

TÍTULO: MEDICO

MÉDICO AUTORIZADOR:

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGUR. EPVAT.

AUTORIZAÇÃO:

DATA: 12/01/2018
HORA: 10:23

DATA: 12/01/2018

HORA: 10:23

ESCLARECIMENTOS:

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO**EVOLUÇÃO**

Data/Hora Profissional Evolução
 15/03/18 10:29 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
 Descrição Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
15/03/18 10:29	Em digitação	0h:0m:26s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
ESPELHO DA SOLICITAÇÃO				
15/03/18 10:30	Aguardando Regulação		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

Data / Hora	Paciente Assistido	Tempo utilizado	Usuário	Observação
			ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	
ASSISTIDO				
Data / Hora	Paciente Assistido		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	
DADOS REJEIÇÃO				

INSCRIÇÃO PROFISSIONAL**COMUNICAÇÃO ATIVA****OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA**

Hora: 10:29
 Paciente Assistido: Usuário:

EXCELSIOR SEGUROS

12.JUL.2018

SEGURO DE VIT.

3914-6382 9. 9950



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON M.
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: Ionácio M. Donha MSE 5004

do lar São Vicente

Hdx Test. Sonico ⑤

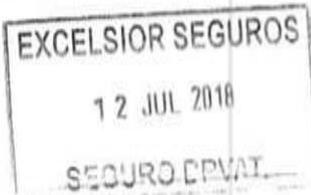
QDLETA LAR

② DIRETORA T00-906665

③ JUN + CCC6

Data: 21/3/18


Médico - CRM



Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	23/03/18	Nº Registro:	000154359
Identificação do Paciente:	VINICIUS VIATHEUS DINIZ SILVA	Cód.:	202 - TRAUMA MASC 05
Data Nascimento:	25/11/1995	Idade:	Masculino
Estado Civil:	Solteiro(a)	Pro. Civil:	Serra Talhada
Filiado/ Pai:	LUIZ GONZAGA DA SILVA	Mãe:	ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA
Endereço:	RUA MANOEL PEREIRA, 1111		1337
Bairro:	AABB	Cidade:	SERRA TALHADA
		Estado:	PE
		C.P.B.:	8719910-2693
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA			
Acidente de Trânsito:	<input checked="" type="checkbox"/>	Assassinato:	<input type="checkbox"/>
Suicídio:	<input checked="" type="checkbox"/>	Assalto:	<input type="checkbox"/>
Nome do Acompanhante:			
Endereço:			
Lugar da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p>José dos Santos Ferreira n° 52 Cachorro matou o animal Ferido em 02.03.18.</p>			
Diagnóstico inicial:	<p>Fratura 5º MTC es.</p>		
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final:			
CONDICÃO DE ALTA:	<p>IMOTV</p>		
Cond. de alta:			
Melhorada:	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão:	Automa
Inalterado:	<input checked="" type="checkbox"/>	Alta à Fazenda:	
Piorado:	<input checked="" type="checkbox"/>	Transferência:	
Óbito+48h:	<input checked="" type="checkbox"/>	Pratico:	
Óbito >48h:	<input checked="" type="checkbox"/>	Indicação:	
Óbito em:			
Hora:			

EXCELSIOR SEGUROS
 12 JUL 2018
 23/03/18
 300350
 R!

Cirurgia Realizada:

Nº 60 H

operação 5º NSC ey

Data: 29/08/18

Início

Término

Cirurgião: Abdonio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

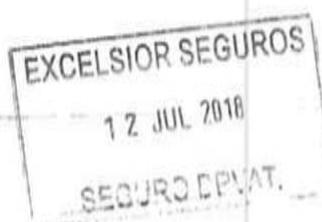
Anestesista:

Silveira

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia Asspseus MS e
Maceralgico fico ac fectado
e fixado abertura do fio Kirschner
Pecador cop. —
Oper. tipo esplêndido R.

Assinatura do Cirurgião



CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Laudo médico

Vinicius Matheus Diniz Silva; Idade: 22anos.

Paciente foi Vítima de acidente por colisão de moto/carro no dia 11/03/2018. Fato ocorrido na cidade de Serra Talhada- PE; na rua Manoel de Melo Pereira Primo, Bairro: Cohab, Via pública.

Foi levado por familiares ao hospital regional do município de Serra Talhada- PE (HOSPAM). Na qual foi atendido pelo médico clínico geral, que informa o diagnóstico de fratura do quinto metacarpo falangeano esquerdo.

Deu entrada no hospital São Vicente na qual foi realizado procedimento cirúrgico de reparo.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do quarto e quinto quirodáctilos esquerdos de mais ou menos 85%. E diminuição da força da mão de mais ou menos 20%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

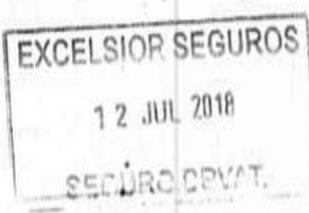
Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409
CRM-PB: 9992

Ricardo Bruno S. Souza e Silva
Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 04 de dezembro de 2018







EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

DENITRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01 3726280404

VA - 5 8 8 4 0 6 5 9 7 / - COD. REG. JUAN - EXERCÍCIO: 2013

LUIZA MARIA ALVES DA SILVA
NOME

ZERRA TAIHADA - PE

053 - 953 - 914 - 73 - PLACA: PG77458

* PLACANT UF PE - NÚMERO: 9C2K0162GER405773

PLACANTE: ZERRA TAIHADA - PE - EXERCÍCIO: 2013

MOTOR: HONDA CG 150 FAN EGI - ANO/FAB: 2013 - ANO/HOD: 2013

CATEGORIA: PÁRTIC - COMPRIMENTO: VERMELHA

COA/UNICA: 1998 - VENC. COA/UNICA: 10/2018 - VEND/OUTAS: 20/2018 - 30/2018

PAGAMENTO/COMAS: 01/01/2018 - DATA DE PAGAMENTO: 30/06/2018

SEM RESERVA - OBSERVAÇÕES:

CONTRATO

DATA: 26/03/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.245.505/0001-04

Charlene Andrade Sousa - Kiberto
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, CUPOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS CUNHADO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726280404 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUIZA MARIA ALVES DA SILVA
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

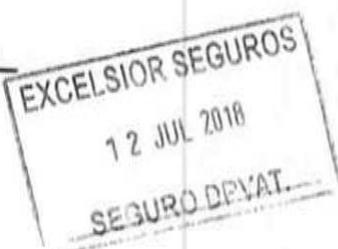
0255012/18 ok

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 03 de julho de 2018

X Vinicius matheus ringo Gika



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS
médico pericial: DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS
médico pericial: DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180321299**

Nome do(a) Examinado(a): **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - NOSSA SENHORA DA PENHA - Serra Talhada - PE - CEP 56912-370

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9412814**

Data e local do acidente: [**11/03/2018**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **Salgueiro** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Leonardo Coelho Bezerra - CRM: 24897 - PE

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321299**.

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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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.seguradoraslider.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



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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180321299

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

013.607.224-08

Nome completo da vítima

Unicus matheus Dimis Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Unicus matheus Dimis Silva

CPF titular da conta

013.607.224-08

Profissão

Braculito

Enderço

R. Manoel Pereiras 2103

Número

1337

Complemento

Casa

Bairro

AABB

Cidade

Serra Talhada

Estado

PE

CEP

56912-370

Telefone (DDD)

9634-4907

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

Nº



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
31801321299	013.607.224-08	Vinicius Matheus Diniz Silveira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Agricultor	Rua Manuel Pereira Lins			
Morar:	Cidade:			
AA-BB	Bonfim			
E-mail:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	
DADOS BANCÁRIOS DE REFERÊNCIA / REFERÊNCIA BANCÁRIA / DADOS DA CONTA / OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0314	CONTA: 61.116	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNIGOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Sena Madureira, 29/10/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana de M.S. Cavalcante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

SEGURO DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
 DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **17:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 LUIZ GONZAGA DA SILVA (NOTICIANTE)
 LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (OUTRO)
 VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ GONZAGA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA**
 Pai: **ANTONIO HONORATO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/2/1975** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5962267/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: - 87999637321

Residencial: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, Nº 133, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA** Pai: **LUIZ GONZAGA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/11/1996** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9412814/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: - 87999102693

Endereço Residencial: **RUA MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZA MARIA ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ GONZAGA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGT7468** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **588406597** Chassi: **9C2KC1680ER405773**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. LUIZ GONZAGA DA SILVA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE DESLOCAVA-SE DE SUA RESIDENCIA PARA A RESIDÊNCIA DE SEU FILHO VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA LEVANDO ESTE LEVANDO ESTE COMO CARONA NA MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE.. RELATOU O SR. LUIZ GONZAGA QUE PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO AO DERRPAR EM UMA POÇA DE LAMA NA VIA, QUE NÃO É CALÇADA, VINDO A CAIR E O CARONA, O SR. VINICIUS MATHEUS VEIO A LESIONAR O BRAÇO ESQUERDO. LOGO EM SEGUIDA O SR. LUIZ GONZAGA LEVOU O SEU FILHO VINICIUS MATHRUS AO HOSPAM ONDE ESTE RECEBERA ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

**LUIZ GONZAGA DA SILVA
(NOTICIANTE)**

**VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**

*CONFERE COM
O ORIGINAL*



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

Vinícius Matheus Dimez Silva

CPF da Vítima

013.607.224-08

Data do Acidente

11/10/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 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 51º 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 eventual contestação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Santos/SP 03 de Julho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

N°:

88

Data:	11-03-18	Hora:	18:03 -	Nº:	88
Nome:	Almícius Matheus Amiz Silva			Estado Civil:	Selteiro
Nascimento:	25-11-96	Sexo:	Mas.	Profissão:	Art. Tonônio
Escolaridade:	8º medio	Responsável:	Adélia Amiz de Medeiros Almeida / O meamio		
Mãe:				Endereço:	Rua Manuel P. Lins 1337
Bairro:	PPB	Município:	STH IPG	Fone:	
Cartão SUS:	398003723953014			RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Mto, opaco les respiro o cílego do seto cor branca corru em mó E.				

Tratamento:	Rx: Coloprocto - m/1 Rx: m/o E Enfermagem Rx: Dr. Roberto
-------------	--

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:			
Fratura mó E. Internado	EXCELSIOR SEGUROS 12/03/2014 SEGURO PRVAT Dr. Jefferson José dos Santos CRM PE 17769 CRM PR 1461			
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000061116-7

Nr. da Autenticação 46D49387CDA539C2



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL PEREIRA LINS 1337

CP6 046 109 124-094ns 10173901000

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHA

CFF-040-109-124-09145-16173901000

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SENHA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 INSTITUCIONAL
HAKA HINDA COM NIS
Mondadori

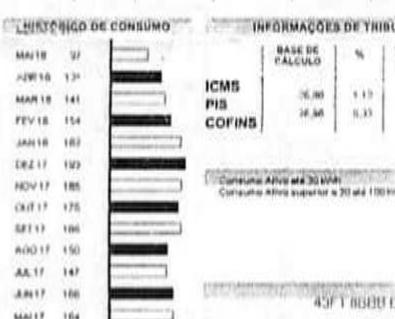
CONTA CONTRATO MÊS ANO
1/01518027 05/2018
DATA DE VENCIMENTO **DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**
25/05/2018 **19/06/2018**
TOTAL A PAGAR (R\$) **32,27**

DESCRICAo DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	20.000000	0,19410707	5,88
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	67.000000	0,31581351	21,15
Acréscimo Rendime AMARH) A			0,0
Contribuição Financeira Pública a			2,50
ICMS (natureza da NF: 009630341 - 10/03/18)			0,50
Multa por atraso NF: 009630341 - 10/03/18			1,10
Juros por atraso NF: 009630341 - 10/03/18			0,50
Atualização Fórm NF: 009630341 - 10/03/18			0,40

TOTAL DA FATURA 32,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DÉSTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA 18/05/2018	LEITURA 32.007,00	DATA 18/05/2018	LEITURA 32.004,00				
00057-32						3	1,00000	0,00	87,00



COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Preço da Energia	R\$ 11,90
Alimentação	R\$ 1,70
Transporte (Gasolina)	R\$ 7,94
Outras despesas de Energia	R\$ 2,80
Despesas Básicas	R\$ 1,15
Outros	R\$ 1,73
Total	R\$ 36,38

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO

ANSWERING YOUR IMPORTATION QUESTIONS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A partir de 01/01/2014, temos uma nova estrutura de tarifas. O valor da tarifa é dividido em duas partes: a base e o fator de inflação. A base é o valor que permanece inalterado. O fator de inflação é o aumento que é aplicado ao valor da base. A base é dividida por dia no valor das tarifas de consumo individual. Pode-se adquirir mais informações sobre as tarifas de consumo individual no site da Eletrobras: www.eletrobras.com.br, ou no 11-2140-1000 (G-36501) e através do número 0800-721-1000. Na Descrição das Tarifas de Energia Elétrica encontra-se a tarifa L-10 e L-10.

ATENÇÃO! A CELBE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO.

Fonte: IBGE. **Período:** 2012. **Unidade:** Município. **Gráfico:** Elaborado pelo Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da UFGM.

Em caso de risco, pagamento da multa, se houver, não poderá ser suspensa, bem como poderá ser exigida sua inclusão nos registros de crédito do SPC e SÊNTRAL, com seu respectivo nome. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não altera nenhuma

BRUNSWICK CONSULTING GROUP INC.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TERRAD.		
Frequência	DURADOURA APENAS	LIMITE MÉSTICO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	MÍNIMO MÁXIMO	
DHC	0,00	3,28	8,72	19,45			
FIC	0,00	3,11	8,00	0,04			
DMIC	Larga Duração (LDC)	PLUG & PLAY: Vazio ou Preenchido de Línea de Distância de Localização de 0 a 1000 m					

CONSENTIDO NOSSO 11 DATA 19/08/2013 TOTAL A PAGAR R\$1.32.27

83810000000.0 33370011001-1 7015180371D 7 12439351033 7



EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

Digitized by srujanika@gmail.com

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Linneius Matheus Diniz Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.607.224 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura Tinalidez da Vítima Linneius Matheus Diniz Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.607.224 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recusor 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, 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>Rua Francisco Olavo</u>		Número	110	
Bairro	<u>IPSEP</u>		Cidade	Complemento	
Email			Serra Talhada	CEP	<u>caso</u>
			Telefone comercial(DDD)	56912-136	
				18719634-4907	

2.Talhada 09 de julho de 2018 EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018

X Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante