



Comprovação da sua declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronilson Carlos da Silva

RG nº 4.942.153, data de expedição 01/14, Órgão S05 - PG

CPF nº 077.884.254-19 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aldeia Jibóia, Ilha de Assunção</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zerba Rural</u>
Cidade	<u>Calreó</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>56180-000</u>
Telefone de Contato	<u>81-9159-1594</u>
E-mail	<u>ronilsoncarlosda.silva@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Calreó, 01.11.2016.

Assinatura do Declarante: Ronilson Carlos da Silva



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Fundação Nacional do Índio – FUNAI
Coordenação Técnica Local Truká

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e direito e a quem possa interessar que **RONILSON CARLOS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, natural de Cabrobó-PE, nascido em 29/03/1988, filho de José Pereira da Silva e Maria Lucimar da Silva, portador do RG nº 7.942.133 SDS/PE e CPF nº 077.884.254-19, é residente e domiciliado na Aldeia Jiboia, localizada na Ilha da Assunção no município de Cabrobó/PE. A presente declaração objetiva comprovação de residência.

Coordenação Técnica Local Truká/Cabrobó/PE, 31 de julho de 2015.


Marcos Florentino Ferraz de Siqueira
Coordenador Técnico Local Truká
CPF: 303.306.104-49

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA - 31/07/2015 - 11:23 - 100%



3160744657



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Fundação Nacional do Índio – FUNAI
Coordenação Técnica Local Truká

Genito

203

۱۸۹

SL

7/104

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e direito e a quem possa interessar que **RONILSON CARLOS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, natural de Cabrobó-PE, nascido em 29/03/1988, filho de José Pereira da Silva e Maria Lucimar da Silva, portador do RG nº 7.942.133 SDS/PE e CPF 077.884.254-19, residente e domiciliada na Aldeia Jiboia, Ilha de Assunção, localizada no município de Cabrobó-PE. A presente declaração objetiva comprovação de residência.

Coordenação Técnica Local Truká/Cabrobó/PE, 30 de março de 2017.

Marcos Florentino Ferraz de Siqueira
Coordenador Técnico Local Truká
CPF: 303.306.104-49

SL 002 31/01/2014

Comprovante de residência

27/11/2014

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONILSON CARLOS DA SILVA
RG nº 4.949.133 data de expedição 27/01/14 Órgão SDS-PE,
CPF nº 099.884.254-19

venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>PE SERGIO MAGALHAES,</u>
Número	<u>295</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CABROBO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56180-000</u>
Telefone de Contato	<u>87-9169-1594-87-9939-9093</u>
E-mail	<u>ronilsoncarlosda.silva@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CABROBO, 1º.0º 2014

Assinatura do Declarante: Ronilson Carlos da Silva

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Conceição Ribeiro de Carvalho,

RG nº 1.950.251 data 27.10.2014 de expedição 27.10.2014

Órgão SDS - DE, portador do CPF nº 621.890.004-59, com

domicílio na cidade de Capitólio, no Estado de

Pernambuco onde resido — na — (Rua/Avenida/Estrada)

Reverend Dr. J. D. Dugay, Danvers no. 172

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menção de que a ação de queixa-crime é a única que pode ser movida contra o agente de polícia.

— *milan farol da ilha* —

vituma rovinho (mais) do mais cujo o condutor era

Johnson Carlos da Silva

Veículo: Motocicleta

Modelo: W07
Ano: 1992

Ans: *0008*

Placa: KB-271-7
Chassi: 9C2TC30308R748684

Data do Acidente: 02 de junho de 2015

Local e Data: Carroço, 15.02.2016

Maria da Conceição Ribeiro de Carvalho

Assinatura do Declarante

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



GOVERNO DO Município
CABROBÓ
MAIS TRABALHO, NOVAS CONEXÕES

Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária
Hospital Municipal Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar
Fone: (87) 3875-1192 - Cabrobó-PE

Sexo: Male Setor: Emergência Cor: Indígena
 N° do Registro: 19.716 Hora: 13:45 Data: 04/07/2015
 Paciente: Hamilton Rondon da Silva D. Nasc.: 29/03/1984
 Endereço: Avenida Ipiranga - Ilha da Areia Idade: 31 anos
 Filiação: Rosi Perreira da Silva e Maria Glucimar da
 CPF: 074.188-934-10 Identidade: Silva
 Profissão: Agricultor Peso: _____ Temperatura: _____ PA _____
 Atendimento: Clinico Pediátrico Cirúrgico Obstétrico
Acid. Trans. Acid. Trabalho Agressão Outros

HISTÓRIA DO PACIENTE

HISTÓRICO DO PACIENTE
Paciente vitimado acidente morte
a projectil desprendido em m 50 de altura.
P de cintura, tórax, abd. e membro ECG 1.
ECG, leira, urina, etc. e urina ECG 1.
Anam. neg.

CONDUTTA REA (2 ADA)

Buletinul Școlii de Transfondări - 650.138 577282
Instituția (P) Afiliată.

MEDICAÇÃO

- eat the wags
- 2nd Aug 11 or 12 -
- 40/400 - 10% for
finalization

Dr. Esdras Capitano M.D.D.P.C.
Medico
CRM/RE 19784

Assinatura e Carijibo Médico

Assinatura Aux. de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento Solicitante SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	CHES 2423960
Nome do Estabelecimento Solicitante SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	CHES 2423960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente RONILSON CARLOS DA SILVA	Nº Prontuário 242.141
Documento de Cidadão (CHES) 709006830149116	Data de Nascimento 28/03/1988

Sim Não

Feminino Masculino

Nome da Mãe MARIA LUCIMAR DA SILVA	Nome do Responsável JESSICA MARIA DE ARAUJO	11-TELEFONE DE CONTATO (74)9154-5530
--	---	---

Município de Nascimento ABARE	UF BA	Nacionalidade BRASIL	Endereço Residencial (Rua, Av, Complemento) ILHA DE ASSUNCAO, S/N
Nº ILHA DE ASSUNCAO	Bairro ILHA DE ASSUNCAO	Município de Residência CABROBO	Código IBGE do Município 260300
Documento		<input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> PIS/PASEP	<input type="checkbox"/> IGNORADO

Nome do Diretor Clínico do Estado Executante ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	Nome do Conselheiro de Classe ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	CPF 035.868.985-68	Ass. e Cartório de Classe CRM-BA 3510/CRMA/PE 4087
--	---	------------------------------	--

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<i>DR. ROBERTO BASTOS DE ALENCAR CRM-BA 3510/CRMA/PE 4087 CPF: 035.868.985-68</i>	<i>Dr. Roberto BASTOS DE ALENCAR CRM-BA 3510/CRMA/PE 4087 CPF: 035.868.985-68</i>		

Condições que Justificam a Internação	<i>Amore Cigas</i>	<i>04.08.02.04.23</i>
---------------------------------------	--------------------	-----------------------

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)	<i>Medo Ansioso</i>
--	---------------------

Diagnóstico Principal <i>Medo Ansioso</i>	COD. 10 Principal 556	COD. 10 Secundário 552.4	COD. 10 Terceiro Apresentado 608-8	Nº Nôb. Consultador
--	---------------------------------	------------------------------------	--	---------------------

Detalhamento do Procedimento Solicitado	<i>Medo Ansioso</i>	Código do Procedimento Solicitado 04.15.01.001-2
Código do Conselho da Internação <input type="checkbox"/> UNE <input type="checkbox"/> Distrito	<i>C-1</i>	Letra Complementar 4-1

Equipamentos Requeridos para a Internação
Medo de Levar

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante PAULO SERGIO RIBEIRO LAVIGNE	Documento <input checked="" type="checkbox"/> CHES <input type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CHES/CPF) do Profissional Solicitante 510.508.895-68	Nº do Conselho de Classe 13.277 4/7/15
Data da Subscrição 04/07/15	Assinatura e Cartório do Prof. Socioprofissional		Data desejada de Internação 04/08/15

<input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO	CHES da Subscrição	Nº AIE: 291510062116-3	
<input type="checkbox"/> ACID TRABALHO	CPF da Empresa	Órgão Emissor: M1291640701	Procedimento: 0415010012 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULHERES
<input type="checkbox"/> ACID TRAJA/ETO		Autorizada: (ERI 05/08/2015 13:06:47)	Autorizada: (ERI 05/08/2015 13:06:47)

Vínculo com a Previdência
 Empregado Empregador

Nome do Profissional Autorizador	Nome do Executivo: SOTE
Documento <input type="checkbox"/> CHES <input type="checkbox"/> CPF	Nº do CHES/CPF Prof. Autorizado
Data de Autorização	Código do Órgão Emissor M291640701

Nº Registro Cons. De Classe	Aus. De Autorização/Defeito
-----------------------------	-----------------------------

FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 242.141 - RONILSON CARLOS DA SILVA
 DT Nasç : 29/03/1988 - Idade : 27a 3m 6d Sexo : M Profissão : AGRICULTOR
 Est Civil : CASADO RG : 7942133
 Pai : JOSE PEREIRA DA SILVA
 Mãe : MARIA LUCIMAR DA SILVA
 Endereço : ILHA DE ASSUNCAO, S/N ILHA DE ASSUNCAO CABROBO-BA
 Telefone : (74)9154-6530 CEP : 56.180-000

INTERNAMENTO

Convenio : SUS AJH Usuário : HOSPITALSOTE
 Médico Responsável : PAULO SERGIO RIBEIRO LAVIGNE CRM : 13.277
 Pessoa Responsável : JESSICA MARIA DE ARAUJO RG :
 Dependência : ENFSUS 47 Entrada : 04/07/2015 11:28:13
 Dias Autorizados : 01 Alta :
 Observação : QUEDA DE MOTO
 Proc Principal : 0408020156 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DE CO
 Matricula : CNS : 709006830149116

Observação : _____

EXAMES CLÍNICOS

Fevereiro

COT 554

Nada anam.

SFI

Falta de dor do anel.

Anam. Causa

Artrite

Globos da tibia

P.2 do Anel

Causa

DR. ROBERTO BASTOS DE ALLENÇAR

CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087

Ass. CPF 036.888.988-88

Diagnóstico Provisório : _____

Falta de dor do anel

Diagnóstico Definitivo : _____

O anel

Alta Hospitalar em : 07/07/15

DR. ROBERTO BASTOS DE ALLENÇAR

CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087

CPF 036.888.988-88

Ass. Médico Assintente

Declaração do Usuário S.U.S

Declaro, para os devidos fins, que utilizei-me dos serviços deste Hospital, através do Sistema Único de Saúde, não tendo sido gerada qualquer despesa para mim.
 Estou ciente que as despesas com honorários e hospitalização são pagas pelo Ministério da Saúde.

Salvador, _____

Assinatura : _____



SOTE SERVICO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE:	Ramilson Carlos da Silva	REGISTRO:	24.2141
CIRURGIAO:	Dr. Raimundo	1º AUXILIAR:	Dr. R. Filho
ANESTESISTA:	Dr. Camilo	2º AUXILIAR:	
INSTRUMENTADOR:			
DATA:	06/07/85	INÍCIO:	
DIAGNÓSTICO:	Fractura omoplata	TERMINO:	
		INTERVENÇÃO:	Reduçao

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (4) A snow field
- (5) Arms
- (6) Human waste
- (7) Access to food no access to
water goes to particular
on Earth

DR. ROBERTO BASTOS DE ALencar
CRM-BA 3510 | CRM-PE 1087
CPF: 035.468.986-68

LAUDO DE ANESTESIA

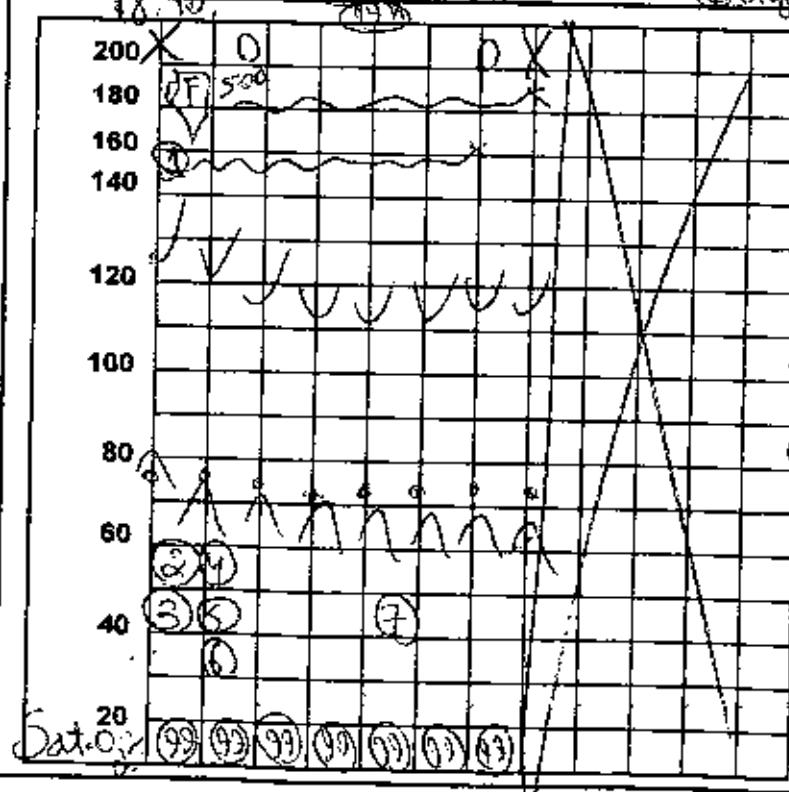
ANESTESIA/INICIO: 18:40

TÉRMINO: 19:15

DURAÇÃO: 35 min

TIPO DE ANESTESIA: Blefaropexia de Múltiples

AGENTE: ⑧ describa su CVC — describa → 50 ml
⑨ figura en su volumen — 25 ml → 50 ml



MEDICAÇÃO DO G.C.

TÉCNICA: Realizada bloqueio de placas bronquial via intracárdica + atilar à ①, com injeção de ④ + ⑤ após paroxismo, de ⑥ técnica antropica

① O₂ 5 cm — O₂ 2 l/min

② Dexametasona — 0,5 mg, EV

③ Lipofétilina — 0,2 g, EV, APC

④ Fentanil — 7,5 mcg, EV

⑤ Midazolam — 0,2 mg, EV

⑥ Bloqueio de placas bronquial

⑦ Dexametasona — 0,2 g, EV



sote

SERVICIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.

**Av. Paulo Afonso, 01 - Alto da Maravilha
- Tel.: (74) 3611-3403 / Fax: (74) 3611-4023**

PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Name do Paciente

Ronaldo Carlos da Silva

N° do Registro

N° do Registro Data da Admissão

Environ Biol Fish

— N° do Letra

7

2423413040741

1

11

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
040000 ① Buse de			
② Niacinamida			
③ Enas. ame			
Orna. ame			
800			
④ Klim. ame 66			
DR. ROBERTO BASTOS DE ALMEIDA			
CRM-BA 35101 CRM-PE 4087			
CPF 035.868.995-68			

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
DR. ROBERTO BASTOS DE ALENÇAR	CRM-BA3510 / CRM-PE 4087	DR. ROBERTO BASTOS DE ALENÇAR	CRM-BA3510 / CRM-PE 4087
CRM-PE 4087	CRM-BA3510 / CRM-PE 4087	CRM-BA3510 / CRM-PE 4087	CRM-BA3510 / CRM-PE 4087
00.000.000-00	CPF 035.868.985-00	00.000.000-00	CPF 035.868.985-00

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
04/01/17	<p>→ Aceito a Nota Fisioterapeuta e Psicólogo aceito</p> <p>PROS/MS</p>		
04/01/17	<p>① Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
04/01/17	<p>② Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
04/01/17	<p>① Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
04/01/17	<p>② Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>① Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>② Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>③ Aceito CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		
06/01/17	<p>CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087</p>		

EVOLUÇÃO INFRAESTRUTURA

Nome: Romilton Carlos da Silva
Sexo: M | Idade: 21 | Cidade: Porto Velho
Endereço: Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro
Cidade: Porto Velho | UF: Rondônia | CEP: 69000-000

1992 VOL 16(1)

三

HORNADY

J. Z. ZH

ANSWER

124 129141

7 104.07.15

SUS 00554 581

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Robinson Carlos da Silva

CC

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Estudo auto.

DIAGNÓSTICO ADITIVO

Ano

DATA 7/15/2015

5.7.15

ANALOGIA ENFERMAGEM

700 Paciente evoluiu em regresso no seu
funcionamento. Apresenta aspecto físico regular.
Pele e mucosas normocápsicas. Negue
um pré-operatório de antíbiótico.
Segue aos cuidados de enfermagem.

Robinson D. Silva
8996678
Socorro D. Silva

Já se realizou a cirurgia devido à sua infecção
no lado direito. Encareceu o lado
esquerdo, sentindo dor e febre.
Foi realizada a cirurgia e o procedimento.
Ainda sente dor e febre. O lado direito
está com infecção.

Thiela Mayara S. Brilh
Tec. Enfermagem
COREN-RE: 707.890

Rosângela Lúcena Silva
Enfermeira
COREN-BA233.975

800 10/180

36

Robinson Carlos da Silva

5.7.15

943.01587 S524-S87

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Ronilson Carlos da Silva
C.C. 41 DIAGNOSTICO PRINCIPAL
Fuligem 6

THEORY OF PRIMITIVES

REFERENCES AND NOTES

7 06 04 15

Paciente exp. M. - Operatório de ante-
bracos D. Odorei em repouso no
leito Calmo, consciente, orientado,
verbalizado, respiração regular.
Páscido endolor a palpação. Deterre-
gentes C.I.C. Sellys ap. cuidados de
emergência.

Widens out to 3000 ft. and 2000 ft. high. Full of blossoms.

1. *Leucostoma* is the only genus in the family *Leucostomataceae*.

• 11 •

36.7°C

10. *Leucanthemum vulgare* L. (L.)

11. *What is the primary purpose of the following statement?*

11. *What is the primary purpose of the following statement?*

Lando Mário

47



SOTE

SERVICIO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

Parilma Carlos da Silva



SOTE

SERVICIO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

esta em tratamento de fratura

dos ossos do antebraço direito, por
acidente de moto.

Feito redução cirúrgica de

fratura do antebraço direito.

Dirigida para o trabalho por

(90) dias

Ed 5524

Juazeiro 07/07/15

DR. ROBERTO BASTOS DE ALENÇAR
CRM-BA 35101 CRM-PE 4087
(PE) 035 868.985-68

Av. Paulo Afonso 01 - Alto da Maravilha
tel: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8869
CEP 48.904-580 - Juazeiro/BA
E-mail: sote@uol.com.br

Rua Crispim de Amorim 900 - Centro
tel: (87) 3861 - 3933
Petrolina - PE
Home Page www.sote.com.br

Centro de



Laureto Alencar

INSS.



SOTE
SERVICO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA



SOTE
SERVICO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

Ademir Gomes
Ortopedista



Ademir
Gomes

Extr. deficiente fisiológico, permanente, inviolável e irreversível. CRM/PE 2052.
Sofreu acidente de moto 2015.
Teve fratura grande da fíbula
~~fractura~~ D. (fratura patela, fíbula e
perna).

Fez operação de osteosíntese fixa no
mês de outubro.

Fratura cicatrizada, permanente
fricção com artroplastia de mu-
fíbula para artroplastia de perna
mês de outubro. Deve permane-
cer inabilitado permanentemente, inviolável.

Assinado por
Dr. Roberto B. Alencar
Av. Paulo Afonso 01 - Alto da Maravilha
Tel.: (71) 3861-3862 | Fax: (71) 3861-3869
CRM-BA 3.510 / 4087-PE
CEP: 48.904-580 - Juazeiro / BA
E-mail: sote@uol.com.br

Dr. Roberto B. Alencar, Crispim de Amorim, 900 - Centro
Ortopedia Traumatologista | Tel.: (71) 3861 - 3833
CRM-BA 3.510 / 4087-PE | Petrolina - PE
CPF: 035.868.985-88 | Home Page: www.sote.com.br

Sentimento dolor óbvio e
fazendo movimentos, como
fornecido.

Em uso continúo de talco
Imobilização de membros
Trabalho reduzido peso.

Ajustamento definitivo de
molas articulares.

Un. 5.524.

Justificativa
91

T. 9.22.

97

T. 9.21.

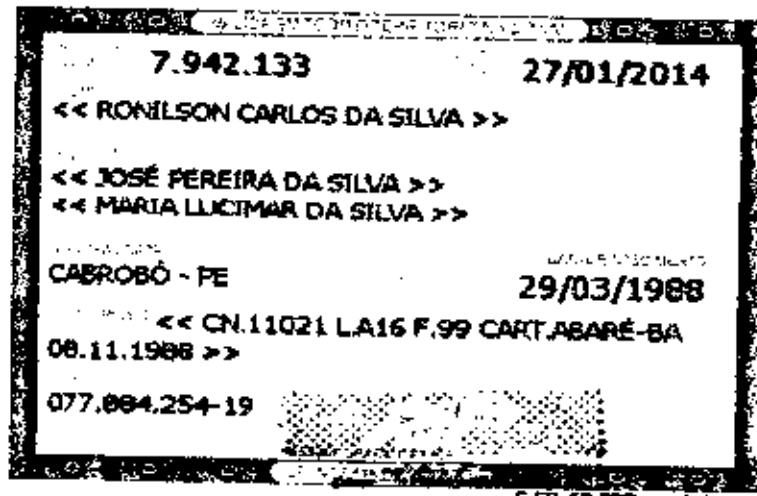
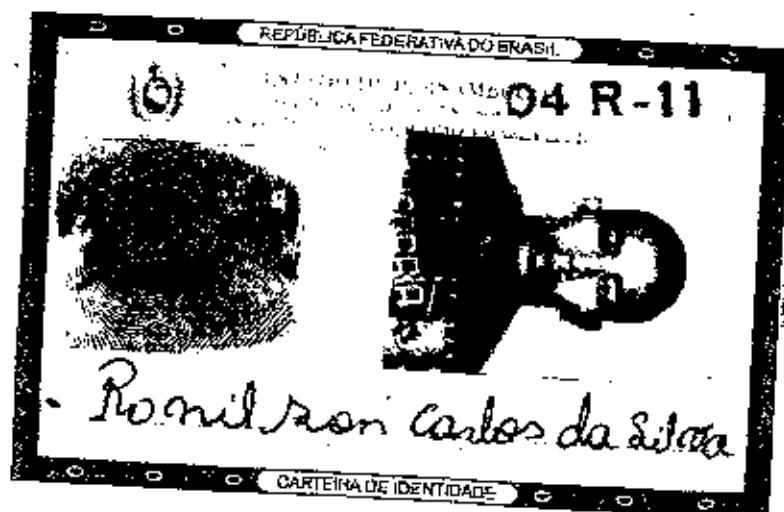
77

S.

Robot 16 de Mayo
Dr. Roberto B. Alencar
Ortopedia Traumatologia
CRM-BA 3.510 / 4087-PE
CPF: 035.868.985-68



Autenticação do Documento



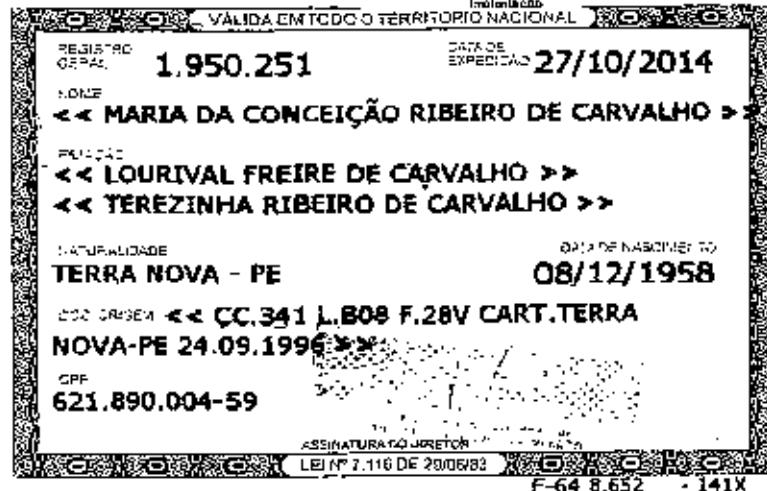
SEGURO DE VIDA - 36 ANOS DE VIDA - 100% DE RENDIMENTO



JAN/2004

BANCO DO BRASIL

Cartão de uso pessoal e intransférivel.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1191810/16

Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF: 077.884.254-19

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/07/2015

Titular do CPF: RONILSON CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IME
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RONILSON CARLOS DA SILVA : 077.884.254-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 12/12/2016
Nome: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF/CNPJ: 077.884.254-19

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 12/12/2016
Nome: FERNANDO SALVADOR DOS REIS
CPF: 530.441.007-63

RONILSON CARLOS DA SILVA

FERNANDO SALVADOR DOS REIS

Romilson Carlos da Silva

Aldeia Tibáia, Ilha de Assunção

Cajazeiro - PB CEP: 56180-000

romilsoncarlosdasilvadi@outlook.com

84-9169-1594

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1191810/16

Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF: 077.884.254-19

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/07/2015

Titular do CPF: RONILSON CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RONILSON CARLOS DA SILVA : 077.884.254-19

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 20/02/2017

Nome: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF : 077.884.254-19

Data: 20/02/2017

Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

RONILSON CARLOS DA SILVA

Juliana Antunes Estigarribia

Ronilson Carlos da Silva
Aldia Jibria, Ilha de Assunçāo
Zona Rural - Cabrobó - PE
CEP: 56180-900
ronilsoncarlosdaSilva@outlook.com

C. P. F.

Off. 884.254 - 19

K6 f.942.133.SDS-R

June.

89-99169-1594

Degradogai Haider
Rua Sáenz Peña, 110
Fl - 5º Andar - Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20031 - 205



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO



Seguradora Líder dos
números do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1191810/16

Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF: 077.884.254-19

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 02/07/2015

Titular do CPF: RONILSON CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RONILSON CARLOS DA SILVA : 077.884.254-19

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 18/04/2017
Nome: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF: 077.884.254-19

RONILSON CARLOS DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 18/04/2017
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

YVE PARREIRA DA SILVA

Ronilson Carlos da Silva
Aldeia Jeboia, Ilha de Assunção - Cabo Br. - PE
CEP: 56.180-000
ronilsoncarlosasilva@outlook.com

CPF 077-884-254-19 RG 7-942-133

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1191810/16

Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF: 077.884.254-19

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/07/2015

Titular do CPF: RONILSON CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUÉS

Sinistro

Outros

RONILSON CARLOS DA SILVA : 077.884.254-19

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/08/2017

Nome: RONILSON CARLOS DA SILVA

CPF: 077.884.254-19

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2017

Nome: ADRIANA DA COSTA SUNDIN

CPF: 807.663.587-04

RONILSON CARLOS DA SILVA

ADRIANA DA COSTA SUNDIN

AO SEGURO DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT – REGULAÇÃO

SINISTRO N° 3160744657



EU, RONILSON CARLOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 5.618.497-SDS-PE e C.P.F. nº 077.884.254-19, residente e domiciliado na Rua Antônio Pires da Silva, nº 60, centro, Cabrobó-PE, venho requerer o seguinte: em face de ter comparecido à perícia médica designada e inconformado com o valor pago referente ao seguro recebido por acidente automobilístico, ocorrido na data de 02 de julho de 2015, uma vez que somente recebera o valor de R\$ 1.687,50, sustento que deveria ser pago valor maior, diante da limitação total do braço direito, decorrentes do grave acidente em que se envolvera, dessa forma requeiro realização de nova.

Cabrobó, 05 de agosto de 2017.

Ronilson Carlos da Silva
RONILSON CARLOS DA SILVA

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 24-SET-2017 7:38 138142 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160744657 **Cidade:** Cabrobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM MSD

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais e/ou anatômicas definitivas decorrentes do trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160744657 **Cidade:** Cabrobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do rádio e da ulna direita.

Descrição do exame Ao exame físico vítima apresenta deformidade com cicatriz cirúrgica em face posterior e medial do antebraço direito
médico pericial: com limitação dos movimentos de flexão do punho direito até 25 graus.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico para redução da fratura do rádio e da ulna à direita.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2017

Conduta mantida: Sim

Observações: Conduta mantida.

Médico examinador: Jose Roberto Vieira de Barros

CRM do médico: 8600

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

Nome do(a) Examinado(a): **RONILSON CARLOS DA SILVA** Sinistro: **3160744657** Data: **02/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **ALDEIA JIBOIA, S/N - ILHA DE ASSUNÇÃO - Cabrobó - PE - CEP 56180-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7942133**

Data local do exame: [**23/08/2017**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta dos ossos do antebraço direito. Ao exame vítima apresenta cicatrizes cirúrgicas em face lateral e posterior do 1/3 distal do antebraço esquerdo. Diminuição acentuada dos movimentos de flexão e extensão do punho direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com osteossíntese.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Jose Roberto Vieira de Barros - CRM: 8600 - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160744657 **Cidade:** Cabrobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta dos ossos do antebraço direito

Descrição do exame Ao exame vítima apresenta cicatrizes cirúrgicas em face lateral e posterior do 1/3 distal do antebraço esquerdo.
médico pericial: Diminuição acentuada dos movimentos de flexão e extensão do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Roberto Vieira de Barros

CRM do médico: 8600

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

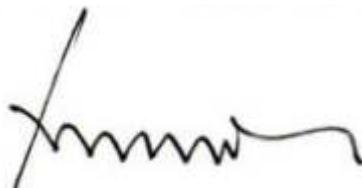
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

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

Nome do(a) Examinado(a): **RONILSON CARLOS DA SILVA** Sinistro: **3160744657** Data: **02/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **ALDEIA JIBOIA, S/N - ILHA DE ASSUNÇÃO - Cabrobó - PE - CEP 56180-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7942133**

Data local do exame: [**03/10/2017**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura da diáfise do rádio e da ulna direita. . Ao exame físico vítima apresenta deformidade com cicatriz cirúrgica em face posterior e medial do antebraço direito com limitação dos movimentos de flexão do punho direito até 25 graus.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Tratamento cirúrgico para redução da fratura do rádio e da ulna à direita.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Jose Roberto Vieira de Barros - CRM: 8600 - PE

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10220180

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160744657 ASL-1191810/16

Vitima: RONILSON CARLOS DA SILVA

Data Acidente: 02/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10220537

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160744657 ASL-1191810/16

Vitima: RONILSON CARLOS DA SILVA

Data Acidente: 02/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10602206

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro: 3160744657 ASL-1191810/16
Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
Data Acidente: 02/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

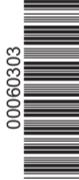
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2017

Carta n°: 11240610

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160744657 ASL-1191810/16

Vitima: RONILSON CARLOS DA SILVA

Data Acidente: 02/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11600576

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro: 3160744657 ASL-1191810/16
Vitima: RONILSON CARLOS DA SILVA
Data Acidente: 02/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RONILSON CARLOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003491

Conta: 0000014122-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11738034

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro: 3160744657 ASL-1191810/16
Vítima: RONILSON CARLOS DA SILVA
Data Acidente: 02/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11791617

A/C: RONILSON CARLOS DA SILVA

Sinistro: 3160744657 ASL-1191810/16
Vitima: RONILSON CARLOS DA SILVA
Data Acidente: 02/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



Código de identificação da MFL

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

EU, RONISON Caeiros da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 7.942.133EXPEDIDO POR SDS-PEEM 27/01/2014

CPF 077.880.425-419 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Academia
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONISON Caeiros da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3491 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14122-5

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3491 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14122-5

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

Carriobó - 08 de setembro de 2016 Ronison Caeiros da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Rebido em

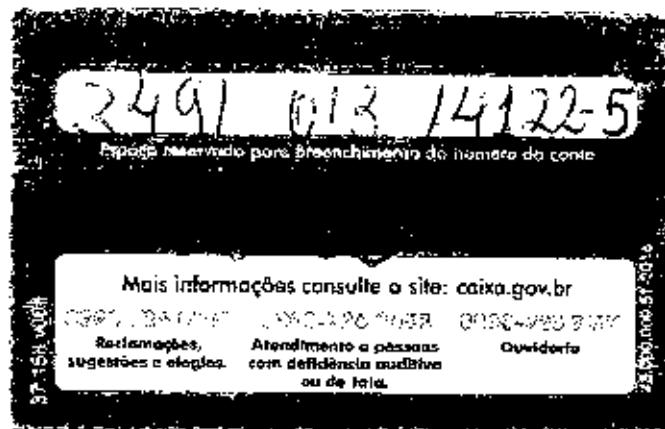
Coord AT em

06/12/16

A

CAIXA

coupar **CAIXA**
Caixa Econômica Federal do Brasil



SL - 14/02

Gente

0002

~~IP~~

03160-464465

00014122-5





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 211ª CIRCUÍSCRICAO - CABROBO - DP211°CIRC
 DINTER2/26°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0301001415

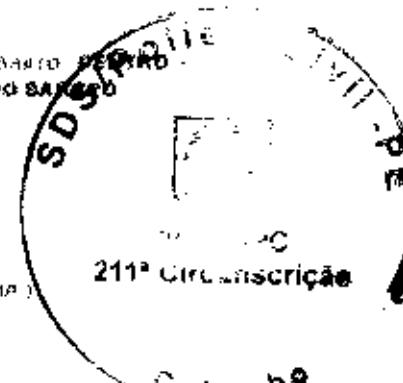
Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia 30/10/2015 as 12:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍCIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 27/10/2015 no período da Manhã

Foto obtida no endereço: MUNICÍPIO DE CABROBO, 1- BR 428 - BAIRRO: **CABROBO** / PERNAMBUCO / BRASIL - Ponto de referência: **BODE DO BARRADO**
 Local de fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 RONILSON DA SILVA (MASCULINO) ✓
 CICERO LEITE SOARES (TESTEMUNHA) ✓
 DAVNNY GEOVANNY BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA (TESTEMUNHA) ✓
 RONILSON CARLOS DA SILVA (Vítima) ✓

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse de(s) bala(s) - PONTESON CARLOS DA SILVA



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

RONILSON CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 M.º: MARIA LUCIMAR DA SILVA P.º: JOSE PEREIRA DA SILVA (data de Nascimento: 28/03/1988) Naturalidade: CABROBO - PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CABROBO, 1, ALDEIA JÓIA, ILHA DE ABOUNÇÃO - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - CABROBO/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO LEITE SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 M.º: MARIA DE FATIMA DA SOLEDADE SOARES P.º: LUIZ DA SILVA SOARES (data de Nascimento: 4/10/1989) Naturalidade: CABROBO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA VEREADOR DANIEL DE SOUZA MEDEIROS, 35, VILA DAS FLORES - CEP: 8 - Bairro: JOSE CALDAS - CABROBO/PERNAMBUCO/BRASIL

DAVNNY GEOVANNY BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 M.º: DARLENE FERREIRA TORRES DE SOUZA P.º: DARCIL BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA (data de Nascimento: 18/10/1996) Naturalidade: CABROBO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA, 280 - CEP: 8 - Bairro: MARIA LOIZA - CABROBO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESEJUNHECIDO - Prazo de admissão: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO HONDA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sra(s) RONILSON CARLOS DA SILVA, que estava em posse do(s) Sra(s) RONILSON CARLOS DA SILVA

Category/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/CD 125 (não apreendida) N/A

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLF2712 (PERNAMBUCO) AU HOB01 Renavam: 041014120 Crenvi: 90 200 007000740684

Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

Descrição: MOTOCICLETA EM NOME DE MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE CARVALHO

Complemento / Observação

A VÍTIMA CONTA QUE TRAFEGAVA PELA VIA EM QUESTÃO QUANDO UMA MOTO SHINERAY SAIU DE VEZ DE OUTRA RUA E COLIDIU DE FREnte COM A MOTO QUE A VÍTIMA PILOTAVA. A VÍTIMA CAIU E O OUTRO CONDUTOR, QUE PILOTAVA A SHINERAY FUGIU DO LOCAL. A VÍTIMA TEVE COMO CONSEQUÊNCIA DA Queda UMA FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRAÇO DIREITO, QUE QUEBROU EM DOIS LUGARES ALÉM DE ESCORRÊNCIAS PELO CORPO. A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CABROBOÓ E TRÊS DIAS DEPOIS OBTEVE A SENHA PARA SE DIRIGIR A UM HOSPITAL EM JUAZEIRO/BA, ONDE FOI CIRURGIADO. DIZ QUE JÁ GASTOU APROXIMADAMENTE 400 REAIS EM MEDICAÇÃO E OUTROS ITENS PARA CUIDADO DO FERIMENTO E DO PÓS CIRURGICO. EM TERMOS DE DANOS MATERIAIS, A MOTO CONDUZIDA PELA VÍTIMA TEVE O FAROL DIANTEIRO QUEBRADO, ASSIM COMO O PARA LAMAS DIANTEIRO, GUÍA DO ENTORTADO ETC. DEIXA FORMA, REBOLVEU COMPARECER A ESTA DELEGACIA PRA REGISTRAR O FATO. SEM MAIS DIGNO DE REGISTRO PARA O MOMENTO.

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

RONILSON CARLOS DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: EDVALDO ANDRE DE LIMA - Matrícula: 2727056



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



000047
Declaração de Ausência de Laudo

Eu, Ronilson Carlos da Silva, portador da carteira de identidade nº F. 943.155.1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.842.54-19, residente e domiciliado na Chácara Jardim, Alvorada de Assunção, Cidade Caladão, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Ronilson Carlos da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Caladão, 08.09.2016

Local e data



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Hospital Municipal Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar
Fone: (87) 3875-1192 - Cabrobó-PE



AO

665 898.0034.0484.4649

Sexo: Masculino Setor: Emergência Cor: Indígena
Nº do Registro: 17.916 Hora: 10:45 Data: 08/07/2015
Paciente: Homônimo Lemos da Silva D. Nasc: 29/03/1988
Endereço: Aldeia Jivéia - Ilha da Amurça Idade: 27 anos
Filiação: Rose Lemos da Silva e Maria Lucimara da
CPF: 074 0884.254-19 Identidade: Silva
Profissão: Agricultor Peso: _____ Temperatura: _____ PA _____
Atendimento: Clinico Pediátrico Cirúrgico Obstétrico
Acid. Trans. Acid. Trabalho Agressão Outros

do 7.942.533

HISTÓRIA DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente morte
a projeto de desordem em m 50 (lata)
de aço
tox, sepa, abduz, ati e elen ECG +
AN/1c vira

CONDUTA REALIZADA

Bolso de Santa Fl Transfusão - CN 11157287
instituto
IFAN

MEDICAÇÃO

col. flx 002
200 mg fl 01 orofar.
col. flx 01 mg fl
desidratação

Dr. Esdras Capelho Mouro
Médico
CRM/PE 19784

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura Aux. de Enfermagem

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO NÚMERO DA OF. 00061 - MUNICÍPIO DE CABROBÓ - PE
Avenida 100, Centro - CEP 54300-000 - Fone: (87) 3875-1192 - Fax: (87) 3875-1193
reprodução do documento que se faz apresentar à parte interessada. Dado em Aracaju, 26/07/2015.
Em testemunho
Robson Ferreira da Costa - Titular do Cartório Único
PFO, 0,25 - ISLR, 0,25 - FERD, 0,25 - TIT
Setor: 0075046 - 08/07/2015 01:40
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/servicos/certidao

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Hospital Municipal Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar
Fone: (87) 3875-1192 - Cabrobó-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONILSON CARLOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03491

CONTA: 000000014122-5

Nr. da Autenticação B89AE09553719370