



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

3160744657



GENTE

002

me

SL

11/04

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONILSON CARLOS DA SILVA

RG nº 7.949.133 data de expedição 27/01/14 Órgão SDS-PE

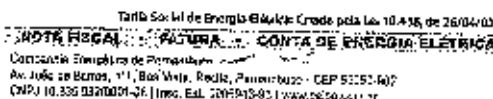
CPF nº 077.884.254-19 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	PE SERGIO MAGALHAES,
Número	295
Apto / Complemento	-
Bairro	CENTRO
Cidade	CABROBO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	56180-000
Telefone de Contato	81-9169-1594-81-9939-9043
E-mail	ronilsoncarlosdaoliveira@outlook.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CABROBO, 17.07.2017

Assinatura do Declarante: Romilson Carlos da Silva



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSISTENTE EM:
R. SERRA DO MAR, 395

CENTROCAABROCO
LABROCO PF
56:60-0110

COMPRO CONTATO	MES/MO
7007821357	07/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
11/07/2017	03/08/2017
TOTAL A PAGAR R\$	29,21

FICHA DE REGISTRO FISCAL		SERIE	0000000000
000022048		UNICA	04/07/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	CNPJ DA HOSTELARIA	
04/07/2017	3011566633	588653	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (Vale)	30 CONSUMO	0,7166667	21,47
Atenção à Bandeira AMARELA			0,10
Carimbo do Município Público			8,48
ICMS Substância - CDE Nº 00015 1646 - 02/04/17			0,36
Multa por atraso - Nº 00017 2655 - 02/04/17			0,78
Juros por atraso - Nº 00017 2655 - 02/04/17			0,05

1994, 1995, 2000

DEMONSTRATIVO DE CANCELAMENTO DA DESPESA FISCAL										
Nº DO MPD	Tipo de Prestação	ANEXO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CANC	COMPRANTE	ALÍQUOTA	CANCELADO (R\$)
3101035700	1.41		02-04-2017	431,56	04-07-2017	437,56	2	1,00000		26,00

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30
2001	35
2002	40
2003	45
2004	50
2005	55
2006	60
2007	65
2008	70

RECURSOS DE CAPITAL DE TERCEIROS

ANO	VALOR DO EMPRÉSTIMO
1996	10
1997	15
1998	20
1999	25
2000	30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter detalhes a respeito de nossos produtos e serviços, informações técnicas e preços, consulte o Guia de Referência de Produtos e Serviços ou o Guia de Referência de Produtos e Serviços. Para obter mais informações, consulte o Guia de Referência de Produtos e Serviços ou o Guia de Referência de Produtos e Serviços.

[illegible]

DADOS DE PRODUÇÃO E PREÇOS					DADOS DE PREÇOS		
CATEGORIA	VALOR APROVADO R\$2017	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TENDENCIAL	LIMITE MÁXIMO	TOMADA NOMINAL (R)	LIMITE DE VARIAÇÃO (R)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
OP	3,00	7,28	10,80	25,00	220	267	231
PR	0,00	3,64	5,35	12,50			
LCV	0,00	0,74	0,00	0,00			

[illegible]

CÓDIGO CONTRATO	MANDATO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
730782357	07/2017	11/07/2017	28,21

83600000000-9 28210011007-4 00782135710-4 08097847883-7



Submitted: 1999-06-11, Accepted: 1999-07-25, Published: 1999-08-01

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Maria da Conceição Ribeiro de Carvalho,
 RG nº 1.950.251, data de expedição 27/10/2014
 Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 621.890.004-59, com
 domicílio na cidade de Cabrobo, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Aducci de Souza Santos, nº 100,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Ronilson Carlos da Silva cujo o condutor era
Ronilson Carlos da Silva.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda CG 125 Fan
 Ano: 2008
 Placa: RLE 2717
 Chassi: 9C2JC30708R748684
 Data do Acidente: 02 de junho de 2015
 Local e Data: Cabrobo, 15.02.2016

Cabrobo, PE

Maria da Conceição Ribeiro de Carvalho
 Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
 Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de(1) MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE CARVALHO
 Dou fe. Cabrobo, 13/10/2016, 10:29
 Em Testemunho Robson Barres da Costa da verdade.
 Robson Barres da Costa - Tabelião Substituto
 Ao Cartório: R\$ 3,25 - TSE: R\$ 0,73 - FERC: R\$ 0,50
 - Total: R\$ 4,26, 0075016.NIH09201601.0117
 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital



Data de Emissão: 04/07/2015

Hora de Emissão: 11:32

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente RONILSON CARLOS DA SILVA		Nº Prontuário 242.141	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 709006830149116	Data de Nascimento 28/03/1988	Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	Passou ou está passando <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome da Mãe MARIA LUCIMAR DA SILVA		Nome do Responsável JESSICA MARIA DE ARAUJO	
Município de Nascimento ABARE		UF BA	
Nacionalidade BRASIL		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) ILHA DE ASSUNCAO, S/N	
UF PE	Cidade ILHA DE ASSUNCAO	Município de Residência CABOBO	Código IBGE do Município 260300
CEP 56.180-000		11-TELEFONE DE CONTATO (74)9154-5530	
Ponto de Referência		Documento <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.C.V.R. <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> IGNORADO	
		Nº 7942133	

Nome do Diretor Clínico do Estado Executor ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	CPF 03566898568	Ass. e Carimbo do Estado Executor
--	---------------------------	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Síntes e Sintomas Clínicos <i>Acidose metabólica, desidratação, hipercalemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia</i>				
Condições que justificam a internação <i>Anorexia, vômitos, diarréias</i>				
Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados) <i>Metodo Anionico</i>				
Diagnóstico Inicial <i>Refratário</i>	CID 10 Principal S52.4	CID 10 Secundário 608.8	CID 10 Causas Associadas	Nº Nódulo Computador

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>Revisão de exames</i>		Código do Procedimento Solicitado 04.15.04.002.4
Código do Causa da Internação <input type="checkbox"/> UFE <input type="checkbox"/> Outros	Causa <i>CC</i>	Letto Complementar 4+
Equipamentos Requeridos para a Internação <i>Med. de Leito</i>		

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante PAULO SERGIO RIBEIRO LAVIGNE		
OCCUPAÇÃO <input type="checkbox"/> CNE <input checked="" type="checkbox"/> CPE	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante 510.508.895-68	Nº do Conselho de Classe 13.277
Data da Solicitação 04/07/15	Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante <i>DR. ROBERTO BASTOS DE ALENCAR</i>	Data de entrega do laudo 04/07/15
<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO <input type="checkbox"/> ACID TRABALHO <input type="checkbox"/> AC TRANSITO	CNPJ da Seguradora 08.000.000/0001-91	CNPJ da Empresa
Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> (Empregador)	Nº AIH: 291510062016-3	

Nome do Profissional Autorizador	
Documento <input type="checkbox"/> CNE <input type="checkbox"/> CPF	Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor M231640701
Nº Registro Cons. De Classe	Ass. De Autorização/Carimbo

PACIENTE

INTERNAMEAMENTO

Observação :

Решение
Решение

CGT 554

Fate de ore de Aesth.

Brown - Celler

Speltz

I live on land

2200 Andrew G
Cully

DR. ROBERTO BASTOS DE ALMEIDA
CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087
Ass. Residência 988 988 88
CPF 933.888.988-88

Diagnóstico Provisório : *Falta de m do arado*

Diagnóstico Definitivo : *Q. silvest*

Alta Hospitalar em : C 7 27/13

DR ROBERTO BASIOS DE ALENCAR
 CRM-BA 33101 CRM-VE 4087
 CPF. 036.888.985-58

Ass. Médico Assistente

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 :

[illegible]



SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
SOTE ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: Romilson Carlos da Silva REGISTRO: 242141
CIRURGIÃO: Dr. Roberto 1º AUXILIAR: Dr. R. Filho
ANESTESISTA: Dr. Corno 2º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____
DATA: 06/07/88 INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ DURAÇÃO: _____
DIAGNÓSTICO: Fratura do osso do antebraço INTERVENÇÃO: Redução

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

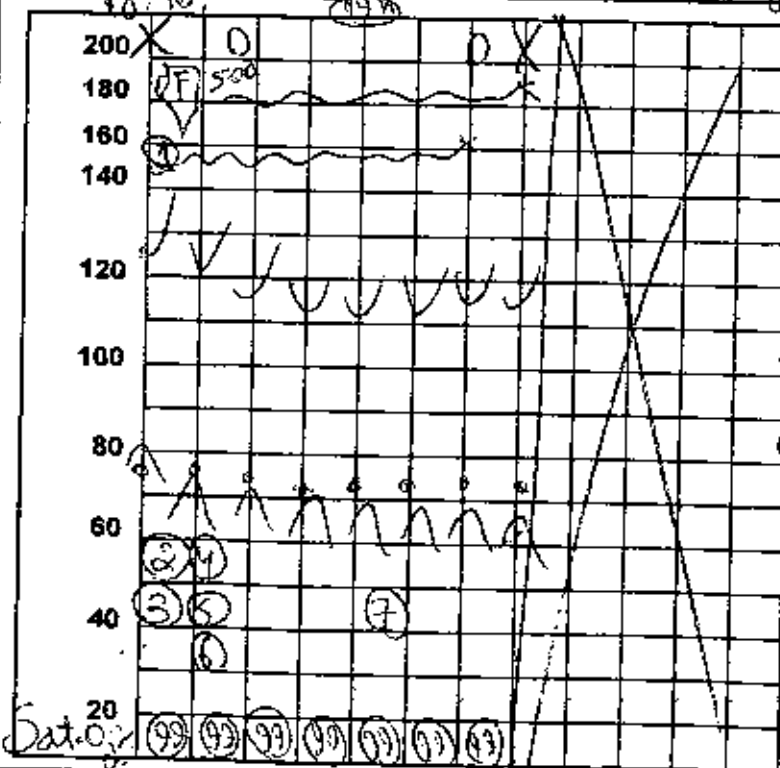
- ① Anestesia
- ② Anestesia
- ③ Anest. local
- ④ Redução e fixação com placa e parafusos
- ⑤ Fixação
- ⑥ Lavar
- ⑦ Anti-ferida

DR. ROBERTO BASTOS DE ALENCAR
CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087
CPF: 035.888.988-88

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA/INÍCIO: 18:40 TÉRMINO: 19:15 DURAÇÃO: 35 min

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de plexo braquial à ② AGENTE: ① D. de 10ml de CVC - 25ml
② D. de 10ml de CVC - 25ml VOLUME: 50ml



MEDICAÇÃO DO G.C.
TÉCNICA: Realizada bloqueio de plexo braquial na artéria axilar + axilar à ②, com injeção de ① + ② após anestesia, pele lavada com antisséptico.
① O₂ 5ml - 02 l/min.
② Dexametazona - 0.5mg EV
③ Lidocaína - 0.2g EV APC
④ Fentanil - 7.5mcg EV
⑤ Midazolam - 0.2mg EV
⑥ Bloqueio de plexo braquial
⑦ Dexametazona - 0.2g EV

[Signature]



SERVIÇO 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**

Nome do Paciente

Romilson Carlos da Silva

Nº do Registro

- Data da Admissão

Ent/Apt^D

- Nº do Leito

2 4 2 3 4 1

0.41071415

6

7

DIA04 107 135

DIA 05/15

DIA 06/07/195

DIA 07-03-15

[illegible][illegible]

[illegible]

SUS 90554 581

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Nome: Reinilson Carlos da Silva

CC

Data do dia: 1

Ano: 2000

5.7.15

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

700 Paciente evolui em repouso no leito
supino, apresentando aspecto físico regular
pele e mucosas normocoradas. Segue
em pré-operatório de artroplastia de
segunda artroplastia de artroplastia de

paciente evolui em pré-operatório
de artroplastia de artroplastia de
paciente evolui em pré-operatório
de artroplastia de artroplastia de
paciente evolui em pré-operatório
de artroplastia de artroplastia de

Dr. Socorro D. Silva
RQE 89966 RE
Socem

Thaisa Mayara S. Brito
Téc. Enfermagem
COREN-PE: 707.890

Rosely Lucena Silva
Enfermeiro
COREN-BA 233.975

800 140/80

36

945 00587 S524-587

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Jonilson Carlos da Silva
C.C. 4
Fm de cab

DATA

7 06 04 15

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente em pré-operatório de ante-
braço D. Evolui em repouso no
leito calmo, consciente, orientado,
verbalizando, eupneico. Abdomen
flácido indolente a palpação. Deferir
medicamentos prescritos. Segue as orientações de
enfermagem

15.00h Rotina, em pré-operatório de fratura
em antebraço D, segue cuidados de
higiene, vital, consciente, orientado, eup-
neico, no repouso, em dieta zero.
Fale em antebraço D, dor leve e local
com aparência (sic), aguda. Deferir

18.00h encaminhado ao CC com Rx. braço ant. D. e ant. S.

Paula

Assinatura do enfermeiro
CARMEN DE JESUS BEE
P. 106.912 BEE

2:00 20x80

36,7°C

Laudos Médicos

47



Familhar Carlos da Silva



Está em tratamento de fratura
do osso do antebraço direito, por
acidente de moto.

Foi realizada cirurgia de
fratura do antebraço direito.

Dada paz para o trabalho por
(90) dias.

em 5524

Juazeiro 07/07/15

DR. ROBERTO BASTOS DE ALENCAR
CRM-BA 3510 / CRM-PE 4087
CPF-035 858.985-68

Av. Paulo Afonso 01 - Alto da Maravilha
Tel: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8869
CEP 48.904-560 - Juazeiro / BA
E-mail: sote@uol.com.br

Rua Crispim de Amorim 900 - Centro
Tel: (37) 3861 - 3933
Petrolina - PE
Home Page: www.sote.com.br

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADO LTDA - PETROLINA - PE

Concomitante de

Laudos Médicos

Faustou Carlos de
Silva

Está em tratamento de
fratura dos ossos do antebraço
direito.

Fratura em consolidação.

Incapaz para o trabalho
por 90 dias.

Id. 5524

juizem 03/11/15

Dr. Roberto Alencar
Ortopedia Traumatologia
CRM-BA 1540

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Laudos Médicos

Instituto de Medicina
do Rio de Janeiro

Fração de 1/2 de
fratura de osso do antebraço
direito. Fratura em consolidação.
Incapaz para o trabalho
por 90 dias.

LAUDO DE ACTA DE CONSULTA
Nº 1000/2015 - 10/11/15
Paciente: Faustou Carlos de Silva
Id. 5524 - 03/11/15
Dr. Roberto Alencar

Id. 5524
03/11/15

Dr. Roberto Alencar

Ortopedia Traumatologia

CRM-BA 1540

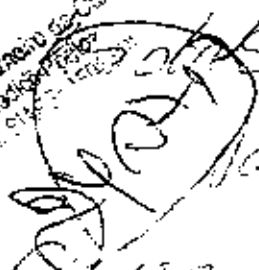
Dr. Fausto Carlos de Silva
Id. 5524 - 03/11/15
Dr. Roberto Alencar

Dr. Fausto Carlos de Silva
Id. 5524 - 03/11/15
Dr. Roberto Alencar



Laudo Médico

Rev. 11/55. Adm. 11/55. 11/55. 11/55.



29/06/13

Ente deficiente físico, perma-
nente, insalvavelmente do tipo
Sofreu acidente de moto 2015.
Teve fratura grave do antebraço
e do punho. (Kistoma articular,
exposta).

Foi operado e recebeu fixação
com osso.

A fratura consolidou, porém
falta uma adaptação do mu-
nho de modo a não perma-
nente. Insalvavelmente.

Dr. Roberto B. Alencar

Av. Paulo Afonso 01 - Alto da Maravilha
Tel.: (74) 3522 3929 / Fax: (74) 3512 4444
CEP: 48 904-580 - Juazeiro / BA
E-mail: sote@uol.com.br

Dr. Roberto B. Alencar Crispim de Amorim 900 - Centro
Ortopedia Traumatologia Tel.: (87) 3861 - 3933
CRM-BA 3.510 / 4087-PE Petrolina - PE
CPF: 035.868.985-68 Home Page: www.sote.com.br

SEI 00000000000000000000 29-SET-2017 17:29 138143 14

Sentimento dores agudas e
faz uso medicamentoso, como
fontes.

Em uso contínuo de Tala
Imobilizadora P/ombro
Trabalha pouco tempo.
Afastamento definitivo de
umas semanas.

Unid - 5.524.

T- 922.

T- 921.

Quilogramas

91

57

77

S. Rodolfo de Jesus
Dr. Roberto B. Alencar
Ortopedia Traumatologia
CRM-BA 3.510 / 4087-PE
CPF: 035.868.985-68



00127
Autorização de Matrícula

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

04 R-11

Ronilson Carlos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

7.942.133 27/01/2014

<< RONILSON CARLOS DA SILVA >>

<< JOSÉ PEREIRA DA SILVA >>
<< MARIA LUCIMAR DA SILVA >>

CABROBÓ - PE 29/03/1988

<< CN.11021 LA16 F.99 CART. ABARÉ-BA
08.11.1988 >>

077.884.254-19

F-59 65.057 - 4435

SENAR/SENAR 11-2-2011 - 9.6.11/1/2016 11:30 - 1910192639

04/15/13
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Maria da Conceição R. de Carvalho

CARTEIRA DE IDENTIDADE



0020

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.950.251

DATA DE
EXPECIAÇÃO

27/10/2014

NOME

<< MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE CARVALHO >>

PAIS

<< LOURIVAL FREIRE DE CARVALHO >>

<< TEREZINHA RIBEIRO DE CARVALHO >>

NACIONALIDADE

TERRA NOVA - PE

DATA DE NASCIMENTO

08/12/1958

CC CRUSEM

<< CC.341 L.808 F.28V CART.TERRA

NOVA-PE 24.09.1996 >>

CPF

621.890.004-59

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

F-64 8.652

141X

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

JAN/2004

BANCO DO BRASIL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

621.890.004-59

MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE CARVALHO

08/12/1958



CPF 621.890.004-59 - MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE CARVALHO

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

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
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

RONILSON CARLOS DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

FERNANDO SALVADOR DOS REIS

Ronilson Carlos da Silva
Aldeia Jiboia, Ilha de Assunção
Cabano - PE CEP: 56180-000
ronilsoncarlosdasilva@outlook.com
88-9169-1594

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

Data: 20/02/2017
Nome: RONILSON CARLOS DA SILVA
CPF : 077.884.254-19

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 20/02/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

RONILSON CARLOS DA SILVA

Juliana Antunes Estigarribia

Ronilson Carlos da Silva
Cidade Jibóia, Ithaja de Assunção
Zona Rural - Cabrobó - PE
CEP: 56180-000
ronilsoncarlosdasilva@outlook.com

C.P.F.


077.884.254 - 19

R.G. 7.942.133-505-R

Nome:

87-99169-1594

Seguradora Laider
Rua Senador Wantas
14 - 5º Andar - Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20031-205

 ☐ AR
Correios ☐ MP
PESO (kg)
0.021

SEDEX



DY 32406625 1 BR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUM



Seguradora Líder dos
Núcleos do 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

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

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

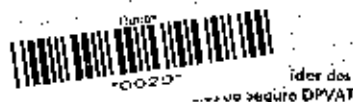
RONILSON CARLOS DA SILVA

YVE PARREIRA DA SILVA

Ronilson Carlos da Silva
Aldeia Teboia, Ilha de Arunção - Cabrobó - PE
CEP: 56.180.000
ronilsoncarlosda Silva di @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 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 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 Nº 3160744657



2017-07-02
12:00:00

SL

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 requero realização de nova.

Cabrobó, 05 de agosto de 2017.

Ronilson Carlos da Silva
RONILSON CARLOS DA SILVA

SEGURADORA LIDER DPVAT Nº 24-SET-2017 17:58 133142 1/1

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 médico pericial: 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.

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 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

Região Corporal (Sequela):

% 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 médico pericial: 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.

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 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

Região Corporal (Sequela):

% 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 início 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 início 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 nº: 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 nº: 11600576

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.: 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 início 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 Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



Código de identificação de sinistros

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, RONILSON CARLOS DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 7.942.133EXPEDIDO POR SDS-PEEM 27/01/2016CPF 07788425419 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONILSON CARLOS 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3491 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1412-5

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.

Carimbo 08 de Setembro de 2016 Ronilson Carlos 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.

Reebido na

Coord AT em

06/12/16

A

COUPON NA CAIXA
Primeira do Brasil

Resposta reservada para preenchimento do número do contato

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

39, 24, 6"

Relaciones,
sugestões e elogios.

15C-228-91-13

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

2025-08-23

Overview

AT-54 with

[illegible]

SE608935-20 5:10PM 06/27 - 9 8 644172016 17:33 - 5400000000000000

SL 14/02

GENTE

002

~~IP~~

03160744657

1000 10 10 10



0014

0014





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0301001415

[illegible]

Endereço completo do endereço: **MUNICÍPIO DE CASRODO, 1.ª EN 428 - Bairro: PERNIL
CASRODO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Plano de referência: **BOE DO SANGUE**
Local de laço: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 TRESOLINHEIRO (XISTO) AGENTE;
 CILERO LEITE SOARES (TESTEMUNHA);
 DANNY GEOVANNY BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA (TESTEMUNHA);
 HENRIKSON CARLOS DA SILVA (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO, usado na geração da ocorrência, que estava em poder do(a) Sr(a) ROBINSON CARLOS D. SILVA

DAVNNY GEOVANNY BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA (já presente ao plantar) - Sexo: Masculino
Mãe: DARLENE FERREIRA TORRES DE SOUZA (Pai BRANCO) BRANDÃO ANDRADE DE SOUSA - Data de Nascimento:
16/10/2005 Nascimento: CABROBÓ/PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residencial: RUA ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA, 250 - CEP: 8 - Bairro: MARIA LUIZA -
CABROBÓ/PERNAMBUCO-BRASIL

3547052

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

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

MOTO HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) RONILSON CARLOS DA SILVA, que estava em poder do(a) Sr(a) RONILSON CARLOS DA SILVA.

State of Maryland and Prince George's County, Maryland, 12th Judicial Circuit, Case No.

Cor. PRETA - Quantidade 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Proj. KLF2712 (PERNAMBUCO) AUBOBO, França 4m 5210 94 12E (Cerro) 9C 23C 30703R 740624

And Fabricar SIDA puede.

COMPENSATION & GASOLINA

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

Complemento : Observação

A VÍTIMA CONTA QUE TRAFEGAVA PELA VIA EM QUESTÃO QUANDO UMA MOTO SHMERAY SAIU DE VEZ DE OUTRA RUA E COLIDIU DE FRENTE COM A MOTO QUE A VÍTIMA PILOTAVA. A VÍTIMA CAIU E O OUTRO CONDUYTOR, QUE PILOTAVA A SHMERAY FUGIU DO LOCAL. A VÍTIMA TEVE COMO CONSEQUÊNCIA DA QUEDA UMA FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRAÇO DIREITO, QUE QUEBROU EM DOIS LUGARES ALÉM DE ESCORAÇÕES PELO CORPO. A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CABROBÔ E TRÊS DIAS DEPOIS OBTVEU A GENHA PARA SE DIRIGIR A UM HOSPITAL EM JUAZEIROBA, ONDE FOI CIRURGIADO. DIZ QUE JÁ GASTOU APROXIMADAMENTE 400 REAIS EM MEDICAÇÃO E OUTROS ITENS PARA CUIDAR DO FERNENTO 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, GUIDAO ENTORTADO ETC. DESTA FORMA, RESOLVEU COMPARECER A ESTA DELEGACIA PRA REGISTRAR O FATO, SEM MAIS DIANO DE REGISTRO PARA O MOMENTO.

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

RONILSON CARLOS DA SILVA
(VCHMA)

B.O. registrado por: EDVALDO ANDRE DE LIMA Matrícula 2727085



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ROMILSON CARLOS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.942.155-1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 077.884.254-19, residente e domiciliado na Glória Fúria, Vila de Assunção, Cidade Carobó, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Romilson Carlos da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carobó, 08.09.2016

Local e data

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