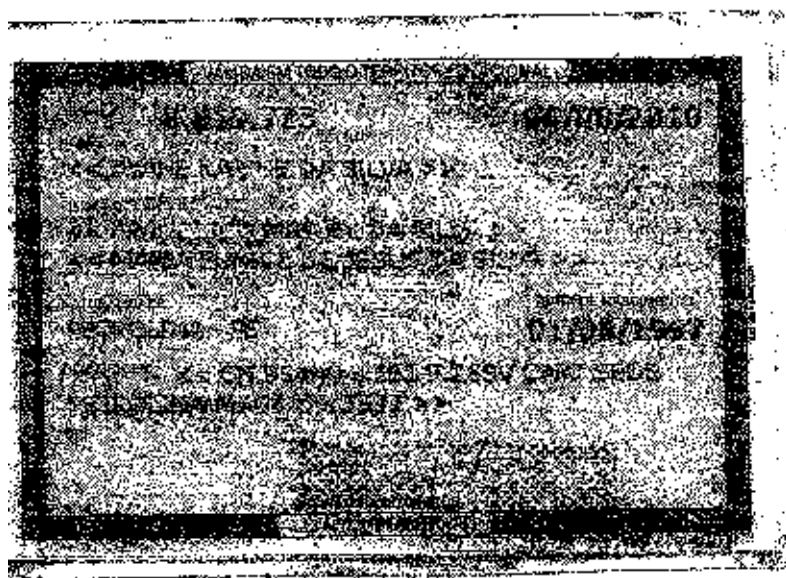
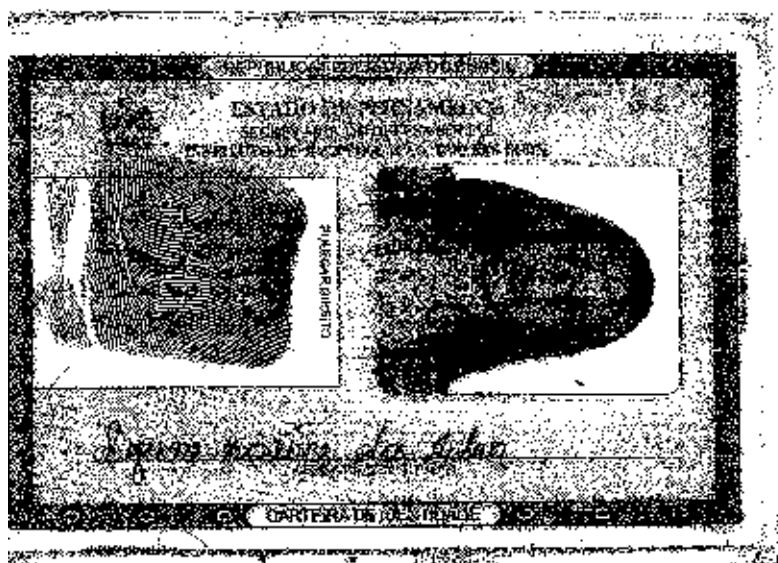


Nº do CPF: 11451812442

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

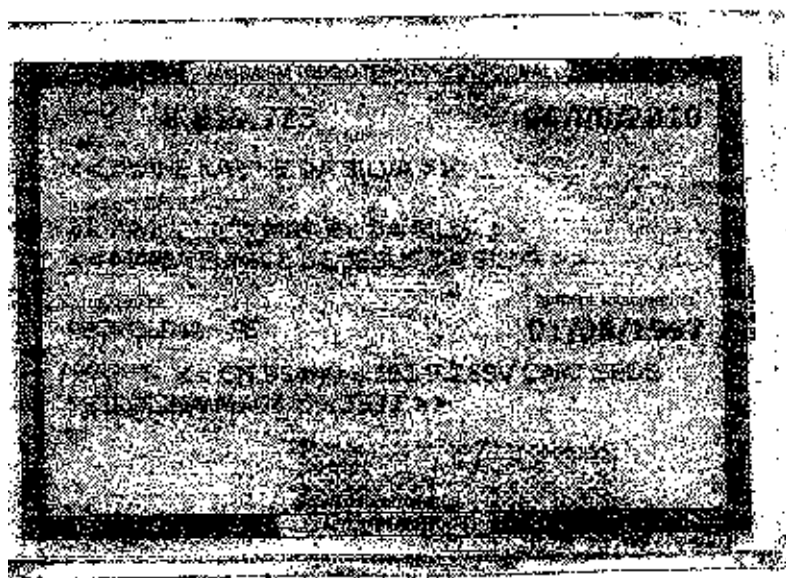
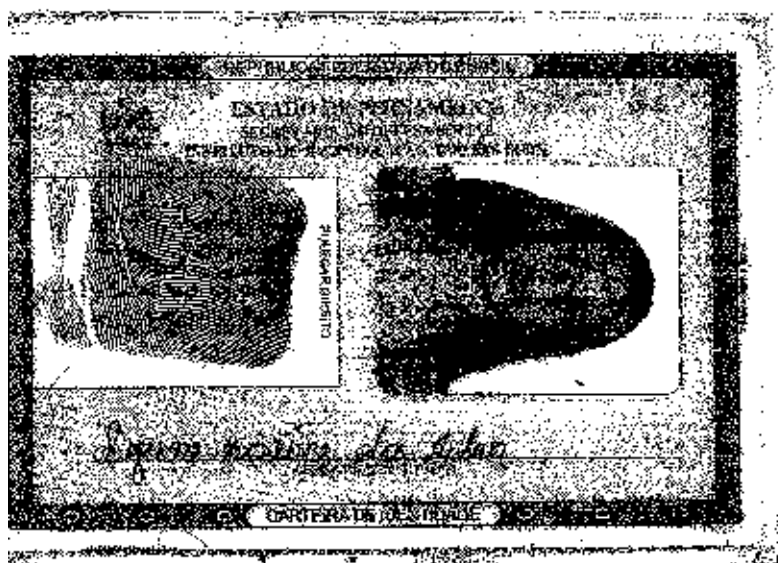
Data de Nascimento: 01/08/1997



Nº do CPF: 11451812442

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

Data de Nascimento: 01/08/1997



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013155223358

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SMTX-PP Nº 09474
1 455447420 ***** 2017

NOME

FABIO OLIVEIRA ARANJO

PETROLIA-PE

OPS / CNP

342.298.415-15

PLACA

PH04883

PLACA ANT / UR

***** PE

CHASSI

9C6K81510C9030380

ESPECIE TIPO

PAB / MOTOCICLETA / MOTO-TAXI

CORRISTIVEL

GASOLINA

VARIAÇÃO / MODELO

YAMAHA / FACTOR TR125 S

NOTA

2011

2012

CAP / POT / CL

2P / 124CL

CATEGORIA

ALUCORL

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2017 QUITADO

VENO COTA ÚNICA

VENO / COTAS

1ª *****

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

30% (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FOGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PETROLIA

DATA

24/02/17

Antônio Américo Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DETRAN
CONDICÃO NÃO VERIFICADA
27 NOV 2018
Genio Seguradora S/A
Av. Rio Bonito, 715 Loja 3
Grupos - Recife/PE CEP: 50911-910

(12)

Nº PREC. 3180574587

Para Seguradora DPVAT

1
 Aylane Karine da Silva, portadora do RG: 8.819.783 e CPF: 114.518.124-42, comunico que tive um acidente de moto no dia 07 de Dezembro de 2017. Quando peguei um mototaxi, e por motivo desse acidente fiquei com sequelas que prejudicam a minha vida, pois não tenho como trabalhar e minhas atividades diárias estão sendo compartilhadas pelos meus pais, não tenho condições financeiras e meus pais também, pois preciso sempre ter que fazer consultas médicas e comprar remédios, fiz cirurgia na cabeça por causa desse acidente, infelizmente que o mototaxi que ia pilotando a moto já recebeu o Seguro DPVAT dele e eu até agora não, porque vocês ficam inventando um monte de solicitações sem motivos, pois toda documentação que possuo já foi enviada, comunico que não encontrei tudo novamente porque já é o suficiente pra vocês agendar minha Perícia Médica a qual estou me agendando pois tenho direito a fazer.

 Aylane Karine da Silva
 ASSINATURA

PETRO LIMA - T

26/02/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
COL: 20 - NÃO VERIFICADO
28/11/2018
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 215 - Loja 5 Goiás - Recife / PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180574587 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KARINE DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR (EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO) E CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME VÍTIMA CALADA RESPONDENDO COM DIFICULDADE AO MÉDICO, HUMOR DEPRIMIDO, PENSAMENTO LENTO, HIPOTENAZ. REFERE ANOSMIA E AGEUSIA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO INICIALMENTE A TRATAMENTO CONSERVADOR E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180574587 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KARINE DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR (EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO) E CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME VÍTIMA CALADA RESPONDENDO COM DIFICULDADE AO MÉDICO, HUMOR DEPRIMIDO, PENSAMENTO LENTO, HIPOTENAZ. REFERE ANOSMIA E AGEUSIA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO INICIALMENTE A TRATAMENTO CONSERVADOR E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180574587 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KARINE DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NO SINISTRO 3180557581 LAUDO MÉDICO, DR. RAYSSA S. VIEIRA, CRM 23,347, DE 15/12/2017, ALTA SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180574587 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KARINE DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NO SINISTRO 3180557581 LAUDO MÉDICO, DR. RAYSSA S. VIEIRA, CRM 23,347, DE 15/12/2017, ALTA SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: AYANE RAGINE DA SILVA

RG/CNH/CTPS: 18.814.723

CPF: 114.519.124-42

End: RUA SUMMIT COELHO - 239 - VILA EDUARDO
RETROLINA - PE

Outorgado: MARCUS AUBRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

RG/CNH/CTPS: 3902844

CPF: 772.869.954-72

End: RUA CARLOS FISTOLA - 226 - SANTA BRANCA
RETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vítima: AYANE RAGINE DA SILVA

cpf: 114.519.124-42

Retrolina

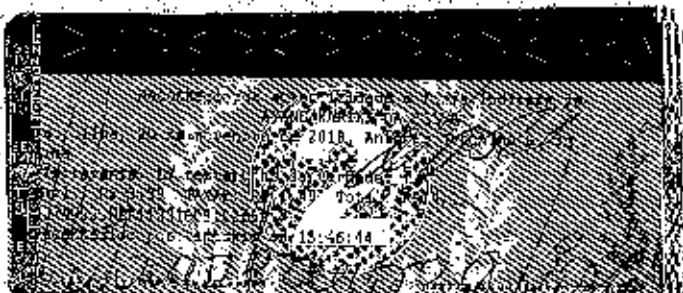
20 de NOVEMBRO de 2018

06 NOV 2018



Ayane Ragine da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: AYANE RAGINE DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 18.814.723 CPF: 114.519.124-42
End: RUA SUMMIT COELHO - 239 - VILA EDUARDO
RETROLINA - PE

Outorgado: MARCUS AUBRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3902844 CPF: 772.869.954-72
End: RUA CARA FISTOLA - 226 - SANTA BRANCA
RETROLINA - PE

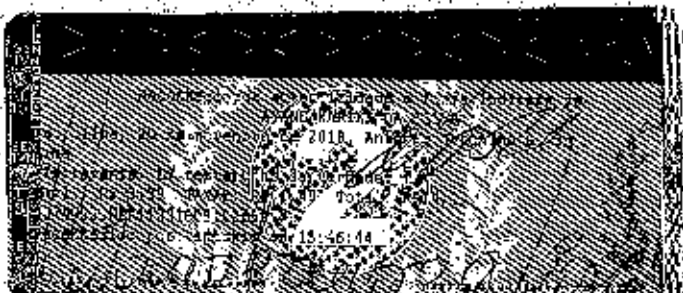
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: AYANE RAGINE DA SILVA
cpf: 114.519.124-42

Retrolina 20 de 06 NOV 2018 de 2018



Ayane Ragine da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441515/18

Número do Sinistro: 3180574587

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114.518.124-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AYANE KARINE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/12/2018

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/12/2018

Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441515/18

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114.518.124-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AYANE KARINE 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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AYANE KARINE DA SILVA : 114.518.124-42

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428418/18

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114.518.124-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AYANE KARINE 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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AYANE KARINE DA SILVA : 114.518.124-42

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441515/18

Número do Sinistro: 3180574587

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114.518.124-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AYANE KARINE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **AYANE KARINE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180574587**

Vítima: **AYANE KARINE DA SILVA**

Data do Acidente: **07/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180574587**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13691378



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180574587

AYANE KARINE DA SILVA

Data do Acidente: 07/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AYANE KARINE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180574587

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

Data do Acidente: 07/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AYANE KARINE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180574587 Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

Data do Acidente: 07/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00241/00242 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13781396

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180574587

Vítima: AYANE KARINE DA SILVA

Data do Acidente: 07/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AYANE KARINE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: AYANE KARINE DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 00000064134-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

114518124-42

Nome completo da vítima:

AYANE KARINE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

AYANE KARINE DA SILVA

CPF:

114518124-42

Profissão:

DE LAR

Endereço:

RUA DUARTE COELHO

Número:

239

Complemento:

Bairro:

VILA EDUARDO

Cidade:

PETROLINA

Estado:

PE

CEP:

56329-160

E-mail:

ASSESSORIA_GERANCIA@GMAIL.COM

Tel (DDD):

(81)995024369

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (801)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991

CONTA:

06434

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PETROLINA-PE 20/11/2018

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114518124-42

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ayane Karine da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

27 NOV 2018

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Carta Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa - Loja 5
Grupos: Recife/PE CEP: 52011-000

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ponto

324-700577002-4

20/NOV/2018 HORA DE 17:27:81

LOT: 15.003033-9 TERM 020043

LOCALIDADE: PETROLINA

AG. VINCULADA: 2591 CONTROLE: 324402189

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL

NOME: AYANE KARINE DA SILVA

AGÊNCIA: 2591

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.134-7

DATA DA ABERTURA: 20/11/2018

LOTÉRIAS CAIXA

324-700577002-4

1ª VIA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101

OUVIDORIA 0800-725 7474

324-700577004-0

20/NOV/2018 HORA DE 17:31:10

LOT: 15.003033-9 TERM 020043

LOCALIDADE: PETROLINA

AG. VINCULADA: 2591 CONTROLE: 882523100

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2591 013 00004134-7

AYANE KARINE DA SILVA

VALOR: 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DE CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

324-700577234-0

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

DE VAG

CONTROLE NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

Geno Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lda 6

Gratop - Recife/PE CEP 52051-040

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

114518124-42

Nome completo da vítima:

AYANE KARINE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

AYANE KARINE DA SILVA

CPF:

114518124-42

Profissão:

DE LAR

Endereço:

RUA DUARTE COELHO

Número:

239

Complemento:

Bairro:

VILA EDUARDO

Cidade:

PETROLINA

Estado:

PE

CEP:

56328-160

E-mail:

ASSESSORIA_GERANCIA@GMAIL.COM

Tel (DDD):

(81)995024369

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (801)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991

CONTA:

06434

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PETROLINA-PE 20/11/2018

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114518124-42

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Ayane Karine da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

27 NOV 2018

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Carta Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa - Loja 5
Grupos: Petrolina-PE CEP: 56011-000

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ponto

324-700577002-4

20/NOV/2018 HORA DE 17:27:81

LOT: 15.003033-9 TERM 020043

LOCALIDADE: PETROLINA

AG. VINCULADA: 2591 CONTROLE: 324402189

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL

NOME: AYANE KARINE DA SILVA

AGÊNCIA: 2591

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.134-7

DATA DA ABERTURA: 20/11/2018

LOTÉRIAS CAIXA

324-700577002-4

1ª VIA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101

OUVIDORIA 0800-725 7474

324-700577004-0

20/NOV/2018 HORA DE 17:31:10

LOT: 15.003033-9 TERM 020043

LOCALIDADE: PETROLINA

AG. VINCULADA: 2591 CONTROLE: 882523100

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2591 013 00004134-7

AYANE KARINE DA SILVA

VALOR: 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DE CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

324-700577234-0

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

DE VAG

CONTROLE NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

Geno Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lda 6

Gratop - Recife/PE CEP 52051-040

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180574587**

Nome do(a) Examinado(a): **AYANE KARINE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DUARTE COELHO, 239 - VL EDUARDO - Petrolina - PE - CEP 56328-160

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8819723**

Data e local do acidente: [**07/12/2017**] **PETROLINA**

Data e local do exame: [**17/01/2019**] **Petrolina** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR (EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO) E CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.

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

AO EXAME VÍTIMA CALADA RESPONDENDO COM DIFICULDADE AO MÉDICO, HUMOR DEPRIMIDO, PENSAMENTO LENTO, HIPOTENAZ. REFERE ANOSMIA E AGEUSIA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO INICIALMENTE A TRATAMENTO CONSERVADOR E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Raimundo Marcelo Coimbra de Souza - CRM: 5145 - PE

488505
0428418/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2149001162

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2018 às 13:43**

Complementa o BO Número: **17E2149005489**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/12/2017** no período da **Noite**

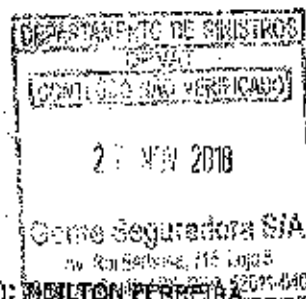
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CARDOSO DE SA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (AUTOR/ AGENTE)
NEILTON FERREIRA DE SOUZA (VÍTIMA)
AYANE KARINE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS**



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

NEILTON FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: ZILDEMI FERREIRA DE SOUZA Pai: **ISAÍAS REZENDE DE SOUZA** Data de Nascimento: **18/12/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **40590413406 (CPF), 05798669872 (CNH)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Residência: **RUA 88 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 325 - CEP: 5 - Bairro: PEDRO RAIMUNDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AYANE KARINE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: NÃO INFORMADO Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Residência: **RUA DUARTE COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 239 - CEP: 0 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BEZERRA Pai: **JULIO HENRIQUE BEZERRA FARIAS** Data de Nascimento: **11/10/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6355174/SDSPE (RG), 08344853460 (CPF)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO**

Residência: **AVENIDA MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES - PETROLINA/PERNAMBUCO-BRASIL** Próximo
a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 10 - CEP: 0 - Bairro: JATOBÁ - PETROLINA/PERNAMBUCO-BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU4283** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **455447430** Chassi: **9CSKE451000030380**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCOOL/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DE PAULO OLIVEIRA ARAUJO.**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/TOYOTA/ETIOS SEDAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE62753** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **108202780** Chassi: **9BRB206T462111785**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

FOI APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA, POR GUARNIÇÃO DA POLICIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS. SEGUNDO CONSTA EM BOLETIM PM 4572/2017, HOVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS CONDUZIDO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA YAMAHA YBR CONDUZIDA POR NEILTON FERREIRA, QUE TRAZIA COMO CARONA AYANE KARINE DA SILVA. SEGUNDO O SENHOR NEILTON CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA PELA AVENIDA CARDOSO DE SA, PRÓXIMO AO 7281, QUANDO O TOYOTA ETIOS QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DO LADO DIREITO DA VIA, FEZ UMA CONVERSÃO À ESQUERDA SEM A DEVIDA CAUTELA, QUE O SENHOR NEILTON AINDA TENTOU FREAR A MOTOCICLETA MAS AINDA ASSIM NÃO EVITOU A COLISÃO COM O TOYOTA ETIOS, QUE FOI ATINGIDO NA LATERAL DO LADO DO MOTORISTA, QUE CONDUTOR DA MOTOCICLETA E A PASSAGEIRA SOFRERAM LESÕES E FORAM LEVADOS AO HOSPITAL DE TRAUMAS, CONFORME Nº DE PRONTUÁRIO 61092542, FOI INSTAURADO INQUÉRITO POR MEIO DE PORTARIA PARA AVERIGUAR OS FATOS. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

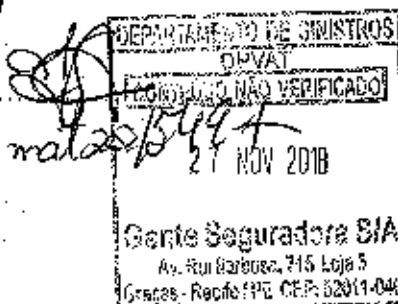
ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS
(AUTOR / AGENTE)

Condutor da ocorrência:

Nome: **PEDRO**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9210385** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **5. BATALHÃO DE POLICIA MILITAR**

S.O. registrado por: **GILDEVAN ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **208616-6**





AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº

0917/17

Página:

PRINCIPAL

I - LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

Local: AV. CARDOSO DE SA COM A RUA MONIQUE

Bairro: LOT NOVA YORK

Data: 07/12/2017

Dia: QUINTA

Hora da Ocor.: 18:30

Ponto Ref.: 72 BI

Cidade: PETROLINA

Cheg. Equipe:

18:50

II - CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Atropelamento

- ☐ Pedestre
☐ Animal

- ☐ Capotamento
☐ Tombamento

Abaloamento

- ☒ Longitudinal
☐ Transversal

- ☐ Saída de Pista
☐ Engavetamento

Colisão

- ☐ Frontal
☐ Traseira

- ☐ Incêndio
☐ Outros

Choque

- ☐ Edificação/Obstáculo
☐ Veículo parado
☐ Poste / Árvore
☐ Muro / Barranco

Nº Vítimas

02

Nº Mortos

Nº Feridos

02

III - CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE

Do Local

- ☐ Leito da Via
☐ Cruzamento
☐ Rotatória
☒ Divergência T
☐ Divergência Y

Período/Dia

- ☐ Madrugada
☐ Manhã
☐ Tarde
☒ Noite

Sentido de Deslocamento

- ☐ Único
☒ Duplo

Condições Gerais

- ☐ Sinalização Hospitalar
☐ Pista Estreita
☐ Placa de Indicação
☐ Ponte Estreita
☐ Faixa de Pedestre
☐ Retorno

Sinalização

- ☐ Boa
☐ Má
☒ Regular
☐ Não Existe

Clima

- ☒ Bom
☐ Chuvoso
☐ Nebulosa
☐ Garoa

Divisão da Via

- ☒ Faixa Contínua
☐ Canteiro Central
☐ Ciclo Faixa

Visibilidade

- ☒ Boa
☐ Má
☐ Regular

Pista

- ☒ Seca
☐ Molhada
☐ Enlameada
☐ Oleosa
☐ Em Obras

Seccionada

Semáforo

- ☐ Com Defeito
☐ Sem Defeito
☐ Desligado
☒ Não Existe

Pavimentação

- ☐ Concreto
☒ Asfalto
☐ Paralelepípedo
☐ Cascalho
☐ Sem Revestimento

Área

- ☐ Rural
☒ Urbana

Tipo de Placa

IV - DOS VEÍCULOS

V-1

Marca/Modelo: TOYOTA ETIOS

Cor: PRATA

Ano: 2018

Placa: PCS8753

Município: PETROLINA

UF: PE

REN: 01082027909

Proprietário: JOÃO MAURICIO BEZERRA

Chassi: 95RB29ST4G2111785

End:

Bairro:

Cidade:

UF:

CPF/CNPJ: 181.650.204-06

Conductor: ARTHUR HENRIQUE BEZERRA

CNH/UF:

Categoria: B

Validade: 20/03/2021

Sexo: M

Idade: 24

End: AV. MARIA COELHO CAVALCANTE RODRIGUES

Nº: 10

Bairro: APT 103 JATOBA

Cidade: PETROLINA

UF: PE

CPF: 08344853460

27 NOV 2018

Nº Ocupantes:

02

Nº Mortos:

Nº Feridos:

☐ Liberado

☐ Socorrido à Vítima

☐ Evadido-se

☒ Permaneceu no Local

☐ Apreendido

☐ Socorrido(a)

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 710 Loja 5

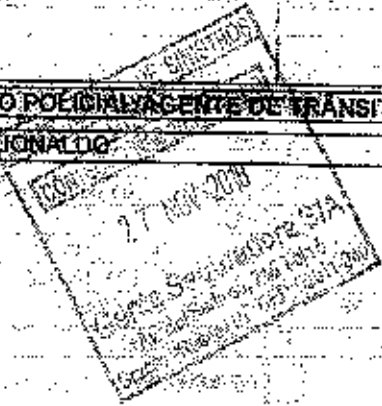
Gratuito: 0800-111-0000

V-2	
Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125	Cor: VERMELHA
Município: PETROLINA	UF: PE
Proprietário: PAULO OLIVEIRA ARAUJO	Ano: 2011
End: RUA 88	Placa: PEU4883
Cidade: PETROLINA	REN: 455447420
Condutor: NEILTON FERREIRA DE SOUZA	Chassi: 9C6KE1510C0030380
Categoria: AD	Validade: 23/05/2022
Sexo: M	Idade: 25
Nº Ocupantes: 02	Nº Mortos: -
Nº Feridos: 02	
☐ Liberado	☐ Evadido-se
☐ Socorro à Vítima	☐ Permaneceu no Local
☒ Socorrido(a)	

V-3	
Marca/Modelo:	Cor:
Município:	UF:
Proprietário:	Ano:
End:	Placa:
Cidade:	REN:
Condutor:	Chassi:
Categoria:	Validade:
Sexo:	Idade:
Nº Ocupantes:	Nº Mortos:
Nº Feridos:	
☐ Liberado	☐ Evadido-se
☐ Socorro à Vítima	☐ Permaneceu no Local
☐ Apreendido	☐ Socorrido(s)

V-1	V-2	V-3
Assinale com um "x" onde Houver avaria(s)	Assinale com um "x" onde Houver avaria(s)	Assinale com um "x" onde Houver avaria(s)

IDENTIFICAÇÃO DO POLICIAL AGENTE DE TRÂNSITO	
NOME: CB. EDSONALDO	MATRÍCULA: 921000-8





AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE
PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)**

BOAT Nº 0917/17

Página: AVARIAS

V1

AVARIAS

AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRO L/E, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO
L/E, QUEBRAMENTO DO RETROVISOR E VIDRO DA PORTA AMBOS L/E E ARRANHA-
MENTO DO CAPO, PARTE INTERNA E MECANICA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR:

☒ EM ANEXO
☐ NÃO REALIZADA

V2

AVARIAS

AMASSAMENTO DA RODA DIANTEIRO, PNEU DIANTEIRO DANIFICADO, FRETE COM-
PLETA DESTRUIDA, RABETA TRASEIRA QUEBRADA, PÊ CENTRAL AMASSADO, TANQUE
AMASSADO CARENAGEM QUEBRADAS, GUIDOM AMASSADO PARTE MECANICA A
VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

☐ EM ANEXO
☒ NÃO REALIZADA

V3

AVARIAS

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

☐ EM ANEXO
☐ NÃO REALIZADA

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CB ELIOMALDO

MATRÍCULA: _____

DECLARAÇÃO DE SINISTRO
OPVAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 loja 5
Graciosa-Recife/PE CEP: 52011-040



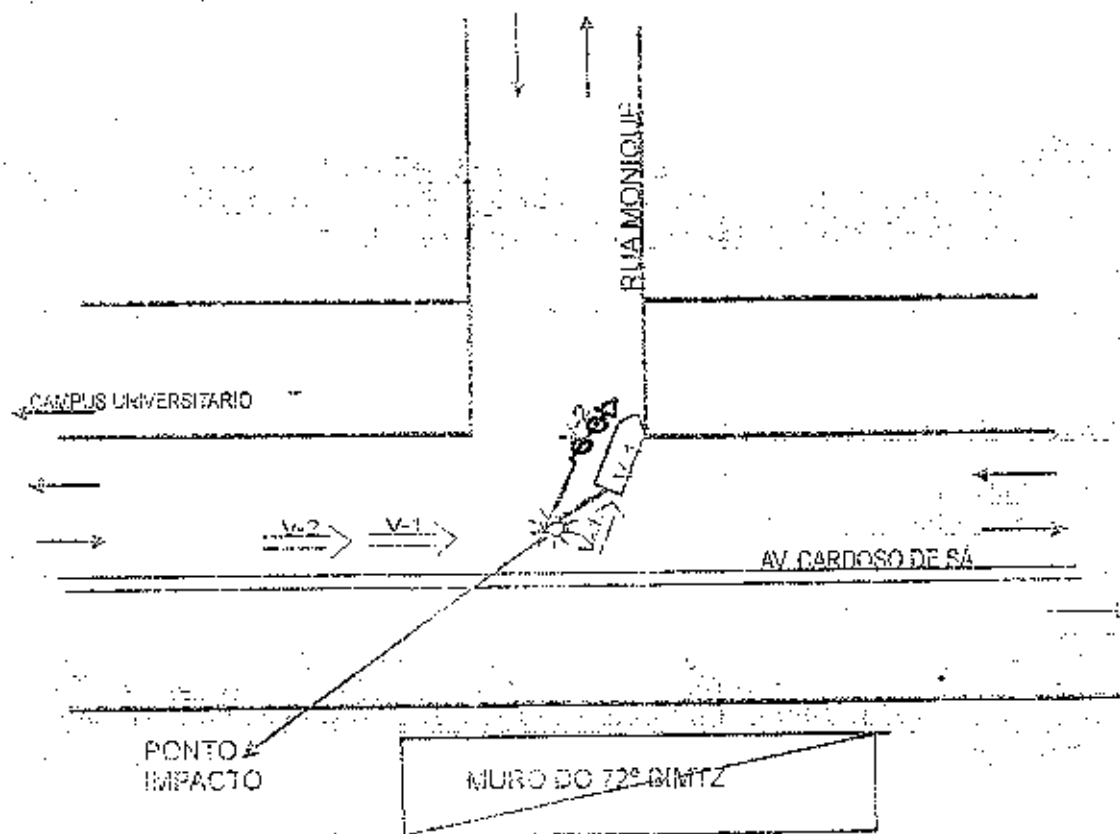
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DGO - CPS - 5º BPM
BATALHÃO GOVERNADOR NILO COELHO
PELOTÃO DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

BOAT Nº 0917/17

Página Croqui



SEMBOLIZAÇÃO

MARCHA À RÉ
MARCHA À FRENTE
ANTES DO ACIDENTE
DEPOIS DO ACIDENTE

OBJETO FIACO/AERIAL
ONIBUS OU CAMINHÃO

MOTOCICLETA

DERRAPAGEM

AUTOMÓVEL

CICLO

PONTO DE IMPACTO

PEDESTRE

CAPOTAGEM

SINALIZAÇÃO

SENTIDO DA VIA

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO

X - INFRAÇÕES AUTUADAS

Não dar a preferência
Avanço de semáforo
Retorno Proibido
Desobediência à Sinalização
Invasão da faixa de pedestre
Não guardar distância segurança
Parar na via
Não portar CNH
Não Habilitado
Transitar em sentido proibido
Ultrapassagem proibida

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Dirigir sem atenção
Não socorrer a vítima
Alterar carac. Veículo
Não usar capacete
Defeito ou falta de equip.
Retirar veíc. do local s/ autor.
Placa ilegível
Sem Licenciamento
Mau estado de conservação
Não portar documentos
Outros

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

XI - VÍTIMAS

1) Nome: AIANE CARINE DA SILVA Est. Civil: SOLTEIRA
Sexo: F Idade: 20 Natur.: PETROLINA UF: PE Profissão: _____
Endereço: RUA DUARTE COELHO Nº: 239 Aptº: _____
Bairro: VILA EDUARDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: SAMU PARA HU Fone: _____
Identidade: 8819723 Org. Exp. SDSPE CPF: _____

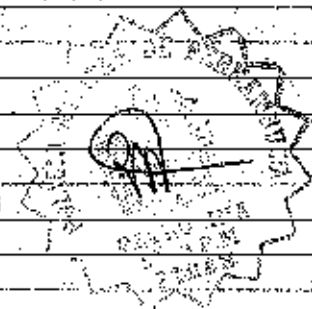
2) Nome: NEILTON FERREIRA DE SOUZA Est. Civil: CASADA
Sexo: M Idade: 25 Natur.: STª FILOMENA UF: PE Profissão: MOTOTAXISTA
Endereço: RUA 88 Nº: 308 Aptº: _____
Bairro: PEDRO RAIMUNDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: CORPO DE BOMBEIRO P/HU Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF: 10590415406

3) Nome: _____ Est. Civil: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Natur.: _____ UF: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Aptº: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: _____ Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF: _____

XII - DESCRIÇÃO DA DINÂMICA DO ACIDENTE

V-1 (TOUYOTA ETIOS) E V-2 (YAMAHA FACTOR YBR 125) TRANSITAVA PELA AV. CARDOSO DE SA NO SENTIDO CAMPUS UNIVERSITARIO/BAIRRO JOSE E MARIA, SENDO QUE V-1 A FRENTE DE V-2, QUANDO NO TRAJETO V-1 FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA MONIQUE, OCASIONANDO ASSIM UM ABALROAMENTO COM V-2.

DEPARTAMENTO DE CIRCULAÇÃO
13-V-1
CONDIÇÃO NÃO VERIFICADA
27 NOV 2010
Canto Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 135 Loja 5
01042-900 SÃO PAULO - SP



XIII - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CB ELIONALDO

MATRÍCULA: 9210008

488505
0428418/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2149001162

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/03/2018 às 13:43

Complementa o BO Número: 17E2149005489

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/12/2017 no período da Noite

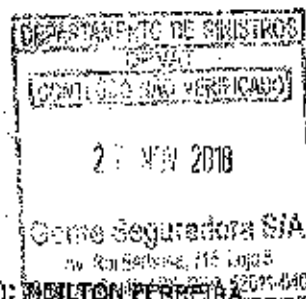
Fato ocorrido no endereço: AVENIDA CARDOSO DE SA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (AUTOR/AGENTE)
NEILTON FERREIRA DE SOUZA (VÍTIMA)
AYANE KARINE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): NEILTON FERREIRA DE SOUZA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS



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

NEILTON FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: ZILDEMI FERREIRA DE SOUZA Pai: ISAIAS REYES DE SOUZA Data de Nascimento: 18/12/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 40590413406 (CPF), 05798669872 (CNH) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Residência: RUA 88 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 325 - CEP: 0 - Bairro: PEDRO RAIMUNDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

AYANE KARINE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA DUARTE COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 239 - CEP: 0 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BEZERRA Pai: JULIO HENRIQUE BEZERRA FARIAS Data de Nascimento: 11/10/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6355174/DS/PE (RG), 08344853460 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO

Residência: **AVENIDA MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo
a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 10 - CEP: 0 - Bairro: JATOBÁ - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU4883** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **455447430** Chassi: **9CSKE451000030380**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCOOL/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DE PAULO OLIVEIRA ARAUJO.**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/TOYOTA/ETIOS SEDAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEB2753** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **108202780** Chassi: **9BRB206T462111785**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

FOI APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA, POR GUARNIÇÃO DA POLICIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS. SEGUNDO CONSTA EM BOLETIM PM 4572/2017, HOVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS CONDUZIDO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA YAMAHA YBR CONDUZIDA POR NEILTON FERREIRA, QUE TRAZIA COMO CARONA AYANE KARINE DA SILVA. SEGUNDO O SENHOR NEILTON CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA PELA AVENIDA CARDOSO DE SA, PRÓXIMO AO 7281, QUANDO O TOYOTA ETIOS QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DO LADO DIREITO DA VIA, FEZ UMA CONVERSÃO À ESQUERDA SEM A DEVIDA CAUTELA, QUE O SENHOR NEILTON AINDA TENTOU FREAR A MOTOCICLETA MAIS AINDA ABBIM NÃO EVITOU A COLISÃO COM O TOYOTA ETIOS, QUE FOI ATINGIDO NA LATERAL DO LADO DO MOTORISTA, QUE CONDUZIR DA MOTOCICLETA E A PASSAGEIRA SOFRERAM LESÕES E FORAM LEVADOS AO HOSPITAL DE TRAUMAS, CONFORME Nº DE PRONTUÁRIO 61092542, FOI INSTAURADO INQUÉRITO POR MEIO DE PORTARIA PARA AVERIGUAR OS FATOS. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

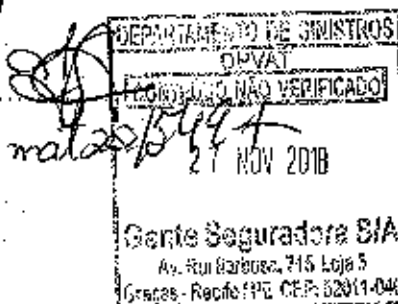
ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS
(AUTOR / AGENTE)

Condutor da ocorrência:

Nome: **PEDRO**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9210385** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **5. BATALHÃO DE POLICIA MILITAR**

S.O. registrado por: **GILDEVAN ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **208616-6**



0441515/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 213ª CIRCUNSCRICAO -
PETROLINA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E2149005489

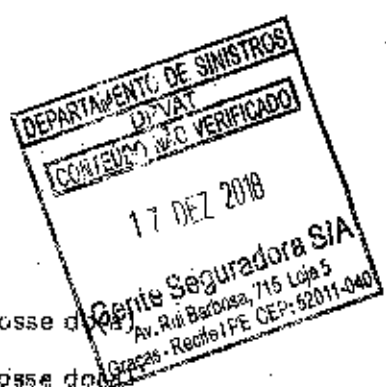
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/12/2017 às
00:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/12/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CARDOSO DE SA -
PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE PETROLINA.**
1 - Bairro: **VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (AUTOR (AGENTE))
NEILTON FERREIRA DE SOUZA (VITIMA)
RIANE CARINE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de
Sr(a): ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de
Sr(a): NEILTON FERREIRA DE SOUZA

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

NEILTON FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZILDENI FERREIRA DE SOUZA Pai: **ISAIAS REES DE SOUZA** Data de Nascimento: **10/12/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10688413400 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO** Residência: **RUA 88 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 308 - CEP: 5 - Bairro: PEDRO RAIMUNDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RIANE CARINE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO** Residência: **RUA DUARTE COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 288 - CEP: 0 - Bairro: VILA EDUARDO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR HENRIQUE DE BEZERRA FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: PATRICIA DE FÁTIMA COSTA BEZERRA Pai: **JULIO HENRIQUE**

BESERRA FARIAS Data de Nascimento: **11/10/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **E385174/SDSP/PE (RG), 09344553466 (CPF)**
Escala: **3º. GRAU INCOMPLETO**
Residência: **AVENIDA MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximos a: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 16 - CEP: 0 - Bairro: JATOBA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU4555** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **465447420** Chassi: **888KE121800020380**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/TOYOTA/ETIOS SEDAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS2753** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103202730** Chassi: **08RB26ET402111785**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

FOI APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA, POR GUARNIÇÃO DA POLICIA MILITAR, ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS. SEGUNDO CONSTA EM BOLETIM PM 4972/2017, HOVE UMA COLISÃO ENTRE O AUTOMOVELO CONDUZIDO POR ARTHUR HENRIQUE E A MOTOCICLETA CONDUZIDA POR NEILTON FERREIRA, QUE TRAZIA COMO CARONA RIANE CARINE DA SILVA. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E A PASSAGEIRA SOFRERAM LESÕES E FORAM LEVADOS AO HOSPITAL DE TRAUMAS. FOI INSTAURADO INQUERITO POR MEIO DE PORTARIA PARA AVERIGUAR OS FATOS NADA MAIS A REGISTRAR.

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

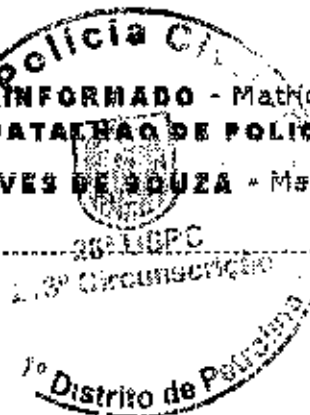
ARTHUR HENRIQUE DE BESERRA FARIAS
(AUTOR / AGENTE)

Condutor da ocorrência:

Nome: **PEDRO**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9210325** Prefixo da
Escala: **Unidade Operacional** - **1ª BATALHÃO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado por: **GILDEVAN ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **2022154**



Handwritten signature and number: 20221549-7



AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE PETROLINA

AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº 0917/17

Página: PRINCIPAL

I - LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE			
Local: AV. CARDOSO DE SA COM A RUA MONIQUE	Ponto Ref.: 72 BI		
Bairro: LOT NOVA YORK	Cidade: PETROLINA		
Data: 07/12/2017	Dia: QUINTA	Hora da Ocor.: 18:30	Cheg. Equipe: 18:50

II - CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE			
Atropelamento ☐ Pedestre ☐ Animal ☐ Capotamento ☐ Tombamento	Abaloamento ☒ Longitudinal ☐ Transversal ☐ Saída de Pista ☐ Engavetamento	Colisão ☐ Frontal ☐ Traseira ☐ Incêndio ☐ Outros	Choque ☐ Edificação/Obstáculo ☐ Veículo parado ☐ Poste / Árvore ☐ Muro / Barranco
Nº Vítimas: 02	Nº Mortos:	Nº Feridos:	02

III - CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE			
Do Local ☐ Leito da Via ☐ Cruzamento ☐ Rotatória ☒ Bifurcação T ☐ Bifurcação Y	Sinalização ☐ Boa ☐ Má ☒ Regular ☐ Não Existe	Visibilidade ☒ Boa ☐ Má ☐ Regular	Semáforo ☐ Com Defeito ☐ Sem Defeito ☐ Desligado ☒ Não Existe
Período/Dia ☐ Madrugada ☐ Manhã ☐ Tarde ☒ Noite	Clima ☒ Bom ☐ Chuvisco ☐ Neblina ☐ Garoa	Pista ☒ Seca ☐ Molhada ☐ Enlameada ☐ Oleosa ☐ Em Obras	Pavimentação ☐ Concreto ☒ Asfalto ☐ Paralelepípedo ☐ Cascalho ☐ Sem Revestimento
Sentido de Deslocamento ☐ Único ☒ Duplo	Divisão da Via ☐ Faixa Contínua ☐ Canteiro Central ☐ Ciclo Faixa	☐ Seccionada	Área ☒ Urbana ☐ Rural
Condições Gerais ☐ Sinalização Hospitalar ☐ Pista Estreita ☐ Placa de Indicação ☐ Ponte Estreita ☐ Faixa de Pedestre ☐ Retorno	☐ Humaneira ☐ Placa de Advertência ☐ Defeito na Pista ☐ Faixa de Retenção ☐ Obstáculo na Pista	☐ Placa de Regulamentação ☐ Curva Fechada ☐ Faixa de Sinalização ☐ Obras ☐ Outros	Tipo de Placa

IV - DOS VEÍCULOS			
V-1			
Marca/Modelo: TOYOTA ETIOS	Cor: PRATA	Ano: 2016	Placa: PCS8753
Município: PETROLINA	UF: PE	REN: 01082027909	
Proprietário: JOAO MAURICIO BEZERRA		Chassi: 9BRB298T4G2111785	
End:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CPF/CNPJ: 181.659.404-06	
Condutor: ARTHUR HENRIQUE BEZERRA		CNH/UF:	
Categoria: B	Validade: 20/06/2021	Sexo: M	Idade: 24
End: AV. MARIA COELHO CAVALCANTE RODRIGUES	Nº: 10	Bairro: APT 103 JATOBA	
Cidade: PETROLINA	UF: PE	CPF: 08344853460	
Nº Ocupantes: 02	Nº Mortos:	Nº Feridos:	
☐ Liberado ☐ Socorro à Vítima	☐ Evadiu-se ☒ Permaneceu no Local	☐ Apreendido ☐ Socorrido(a)	

V-2

Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 Cor: VERMELHA Ano: 2011 Placa: PEU4883

Município: PETROLINA UF: PE REN: 456447420

Proprietário: PAULO OLIVEIRA ARAUJO Chassi: 9C6KE1540C0030380

End: Bairro:

Cidade: CPF/CNPJ: 342.298.415-15

Condutor: NEILTON FERREIRA DE SOUZA CNH/UF: 05798688872

Categoria: AD Validade: 23/05/2022 Sexo: M Idade: 25 H/dre:

End: RUA 88 Nº: 308 Bairro: PEDRO RAIMUNDO

Cidade: PETROLINA UF: PE CPF: 10590413406

Nº Ocupantes: 02 Nº Mortos: Nº Feridos: 02

☐ Liberado ☐ Evadiu-se ☐ Apreendido

☐ Socorro à Vítima ☐ Permaneceu no Local ☒ Socorrido(a)

V-3

Marca/Modelo: Cor: Ano: Placa:

Município: UF: REN:

Proprietário: Chassi:

End: Bairro:

Cidade: CPF/CNPJ:

Condutor: CNH/UF:

Categoria: Validade: Sexo: Idade: H/dre:

End: Nº: Bairro:

Cidade: UF: CPF:

Nº Ocupantes: Nº Mortos: Nº Feridos:

☐ Liberado ☐ Evadiu-se ☐ Apreendido

☐ Socorro à Vítima ☐ Permaneceu no Local ☐ Socorrido(a)

V-1

V-2

V-3

Assinale com um "x" onde houver avaria(s)

Assinale com um "x" onde houver avaria(s)

Assinale com um "x" onde houver avaria(s)

17 DEZ

segurado

IDENTIFICAÇÃO DO POLICIAL/AGENTE DE TRÂNSITO

NOME: CB ELIONALDO MATRÍCULA: 921000-8



AMPLA - AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE
PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262



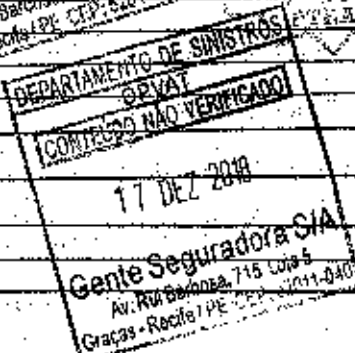
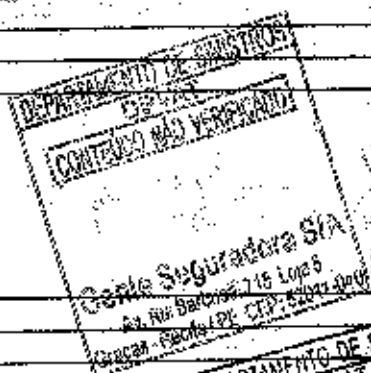
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)**

BOAT Nº 0917/17

Página: AVARIAS

V1	AVARIAS AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRO L/E, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO L/E, QUEBRAMENTO DO RETROVISOR E VIDRO DA PORTA AMBOS L/E E ARRANHAMENTO DO CAPO, PARTE INTERNA E MECANICA A VERIFICAR.
DECLARAÇÃO DO CONDUTOR: ☒ EM ANEXO ☐ NÃO REALIZADA	
V2	AVARIAS AMASSAMENTO DA RODA DIANTEIRO, PNEU DIANTEIRO DANIFICADO, FRETE COMPLETA DESTRUIDA, RABETA TRASEIRA QUEBRADA, PE CENTRAL AMASSADO, TANQUE AMASSADO CARENAGEM QUEBRADAS, GUIDOM AMASSADO PARTE MECANICA A VERIFICAR.
DECLARAÇÃO DO CONDUTOR ☐ EM ANEXO ☒ NÃO REALIZADA	
V3	AVARIAS
DECLARAÇÃO DO CONDUTOR ☐ EM ANEXO ☐ NÃO REALIZADA	

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE
NOME: CS ELIOMALDO MATRÍCULA:





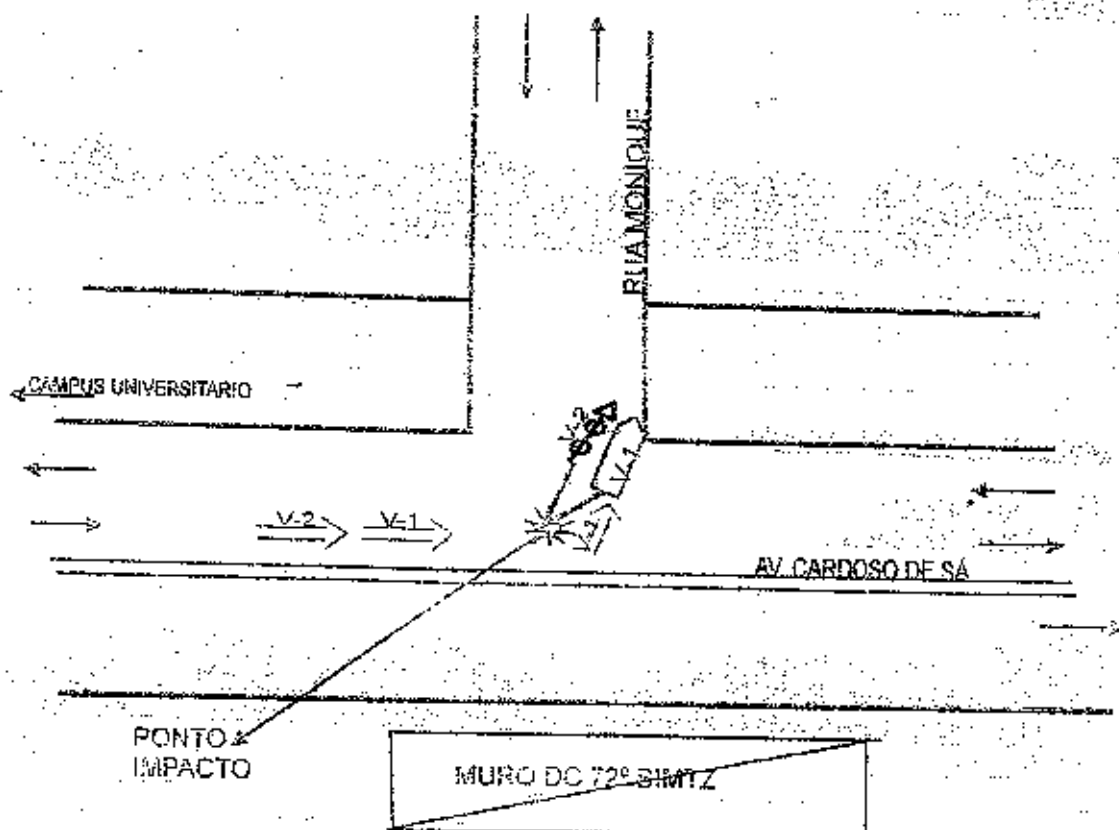
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DGO - CPS - 5º BPM
BATALHÃO GOVERNADOR NILO COELHO
PELOTÃO DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

BOAT Nº 0917/17

Página Croqui



SIMBOLIZAÇÃO

MARCHA À RÉ	←
MARCHA À FRENTE	→
ANTES DO ACIDENTE	⇐
DEPOIS DO ACIDENTE	⇐
OBJETO FIXO/ANIMAL	▢
ONIBUS OU CAMINHÃO	⇐
MOTOCICLETA	⇐

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTABILIZADO NÃO VERIFICADO
17 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Recife/PE CEP: 52010-000

DERRAPAGEM	⇐
AUTOMÓVEL	⇐
CICLO	⇐
PUNTO DE IMPACTO	✱
PEDESTRE	⇐
CAPOTAGEM	⇐
SINALIZAÇÃO	⇐
SENTIDO DA VIA	⇐

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO

Tração

Auto Motor	1	2	3	4
Elétrico	1	2	3	4
Prop. Humana	1	2	3	4

Tração Animal	1	2	3	4
Reboque	1	2	3	4
Semi Reboque	1	2	3	4

Espécie	1	2	3	4
Passageiro	1	2	3	4
Carga	1	2	3	4

Misto	1	2	3	4
Competição	1	2	3	4

Tração	1	2	3	4
Especial	1	2	3	4
Coleção	1	2	3	4

Tipo	1	2	3	4
Bicicleta	1	2	3	4
Ciclomotor	1	2	3	4
Motoneta	1	2	3	4
Motocicleta	1	2	3	4
Triciclo	1	2	3	4
Quadríciclo	1	2	3	4
Automóvel	1	2	3	4
Microônibus	1	2	3	4
Ônibus	1	2	3	4
Charrete	1	2	3	4

Caminhonete	1	2	3	4
Caminhão	1	2	3	4
Carroça	1	2	3	4
Carro-de-mão	1	2	3	4
Utilitário	1	2	3	4
Caminhão/Trator	1	2	3	4
Trator/Rodas	1	2	3	4
Trator/Esteira	1	2	3	4
Trator Misto	1	2	3	4
Camionete	1	2	3	4

Categoria	1	2	3	4
Particular	1	2	3	4
Aluguel	1	2	3	4
Oficial	1	2	3	4

Aprendizagem	1	2	3	4
Re. Diplomática	1	2	3	4
Repar. Consulares	1	2	3	4



V - OUTRAS PROPRIEDADES ATINGIDAS

Proprietário: _____
 Natureza das Avarias: _____
 Tomou Conhecimento: _____

VI - TESTEMUNHAS

Nome: _____ Fone: _____
 End.: _____ nº _____ Bairro _____ Aptº _____
 Cidade: _____ UF: _____ Idade _____ Sexo _____
 Profissão: _____ Ident.: _____ Org. Exp. _____
 Nome: _____ Fone: _____
 End.: _____ nº _____ Bairro _____ Aptº _____
 Cidade: _____ UF: _____ Idade _____ Sexo _____
 Profissão: _____ Ident.: _____ Org. Exp. _____

VII - DAS CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

Atcolizado:	1	2	3	4
Sim	1	2	3	4
Não	1	2	3	4
Recusa	1	2	3	4
N/Obs.	1	2	3	4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 DEZ. 2010
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 104
 Graças - Recife/PE CEP: 520-000
 Sono aparente

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 104
 Graças - Recife/PE CEP: 520-000

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

VIII - ESTIMATIVA DE VELOCIDADE

1 - Comprimento das Marcas de Frenagem

2 - Distância Percorrida Após o Embate

3 - Distância de Visibilidade do Ponto de Percepção

4 - Velocidade Máxima Permitida

PNEUS	V1	V2	V3	V4
Dianteiro Direito				
Dianteiro Esquerdo				
Traseiro Direito				
Traseiro Esquerdo				

IX - PROVIDÊNCIAS INICIAIS

1 - Comunicado A: ☒ PMPE ☐ IC ☐ AMPLA
 2 - Receptor da Ocorrência: Nome _____ Central de Operações do 5º BPM
 Matrícula: _____
 3 - Equipe que compareceu ao local: PT 25901
 Nome: CB ELIONALDO
 4 - Reboque Efetuado por: ☐ PMPE ☒ Particular ☐ Outros

X - INFRAÇÕES AUTUADAS

Não dar a preferência
Avanço de semáforo
Retorno Proibido
Desobediência à Sinalização
Invasão da faixa de pedestre
Não guardar distância segurança
Parar na via
Não portar CNH
Não Habilitado
Transitar em sentido proibido
Ultrapassagem proibida

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Dingir sem atenção
Não socorrer a vítima
Alterar caract. Veículo
Não usar capacete
Defeito ou falta de equip.
Retirar veic. do local s/ autor.
Placa ilegível
Sem Licenciamento
Mau estado de conservação
Não portar documentos
Outros

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

XI - VÍTIMAS

1) Nome: AIANE CARINE DA SILVA Est. Civil: SOLTEIRA
Sexo: F Idade: 20 Natur.: PETROLINA UF: PE Profissão: _____
Endereço: RUA DUARTE COELHO Nº: 239 Aptº: _____
Bairro: VILA EDUARDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: SAMU PARA HU Fone: _____
Identidade: 8819723 Org. Exp. SDSPE CPF: _____

2) Nome: NEILTON FERREIRA DE SOUZA Est. Civil: CASADA
Sexo: M Idade: 25 Natur.: STª FILOMENA UF: PE Profissão: MOTOTAXISTA
Endereço: RUA 88 Nº: 308 Aptº: _____
Bairro: PEDRO RAIMUNDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: CORPO DE BOMBEIRO P/HU Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF: 10590413406

3) Nome: _____ Est. Civil: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Natur.: _____ UF: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Aptº: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais
Condutor do: 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: _____ Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF: _____

XII - DESCRIÇÃO DA DINÂMICA DO ACIDENTE

V-1 (TOUYOTA ETIOS) E V-2 (YAMAHA FACTOR YBR 125) TRANSITAVA PELA AV. CAR-
DOSO DE SA NO SENTIDO CAMPUS UNIVERSITARIO/BAIRRO JOSE E MARIA, SENDO
QUE V-1 A FRENTE DE V-2, QUANDO NO TRAJETO V-1 FEZ UMA CONVERSAO A ES-
QUERDA COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA MONIQUE, OCASIONANDO ASSIM
UM ABALROAMENTO COM V-2.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UPVAT
17 DEZ 2018

Comte Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5
14048 - Ribeirão Preto - SP - CEP: 13061-040

XIII - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CB ELIONALDO

MATRÍCULA: 9210008



AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE
PETROLINA

Endereço: Rua Manoel Belo, 148 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 3862-3580 (SEDE) / (87) 98825-2224



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO-BOAT

Registro de Acidente Nº

DECLARAÇÕES DO CONDUTOR

Relembro e declaro aproximadamente às 18:30 de 17/12/2018, vim ao 1º SET. A. Ocorrencia de Sin. Placard no 2º batelão do EMERCAIO, estava parado aguardando para a concessão de estadia, quando estava livre para manobrar a motocicleta me colidi com o 2º batelão e colidi.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFLITO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa, Recife, PE CEP: 52075-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFLITO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife, PE CEP: 52075-040

Nome: [illegible]
Placa do Veículo: [illegible]
Data: 17/12/2018

[illegible signature]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

114518124-42

Nome completo da vítima:

AYANE KARINE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

AYANE KARINE DA SILVA

CPF:

114518124-42

Profissão:

DE LAR

Endereço:

RUA DUARTE COELHO

Número:

239

Complemento:

Bairro:

VILA EDUARDO

Cidade:

PETROLINA

Estado:

PE

CEP:

56328-160

E-mail:

ASSESSORIA_GERANCIA@GMAIL.COM

Tel (DDD):

(81) 995024369

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (801)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991

CONTA:

064134

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros ☐ Não deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PETROLINA-PE 20/11/2018

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114518124-42

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ayane Karine da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 27 NOV 2018

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Carta Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, Loja 5
Grupos: Petrolina-PE CEP: 56011-000

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

114518124-42

Nome completo da vítima:

AYANE KARINE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

AYANE KARINE DA SILVA

CPF:

114518124-42

Profissão:

DE LAR

Endereço:

RUA DUARTE COELHO

Número:

239

Complemento:

Bairro:

VILA EDUARDO

Cidade:

PETROLINA

Estado:

PE

CEP:

56329-160

E-mail:

ASSESSORIA_GERANCIA@GMAIL.COM

Tel (DDD):

(81) 995024369

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (801)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991

CONTA:

06434

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PETROLINA-PE 20/11/2018

Nome: AYANE KARINE DA SILVA

CPF: 114518124-42

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ayane Karine da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

27 NOV 2018

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Carta Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa - Loja 5
Grupos Reunidos - CEP: 52011-000

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018GB4000077 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). AYANE KARINE DA SILVA, 21 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8819723 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 114.518.124-42, residente à RUA DUARTE COELHO, nº 239, VILA EDUARDO, PETROLINA-PE, certificar que este 4º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2017, por volta das 19:10 hs, no endereço: AV. CARDOSO DE SA, S/Nº, VILA EDUARDO PETROLINA-PE, referente a um(a) COLISÃO CARRO X MOTO, envolvendo MOTO YAMAHA YBR125, COR VERMELHA, PLACA PEU4883-PE, CONDUZIDA PELO SR. NEILTON FERREIRA DE SOUZA; E O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS, COR PRATA, PLACA PCS8753-BA, CONDUZIDO PELO SR. ARTIUR HENRIQUE BEZERRA DE FARIAS, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) AYANE KARINE DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 114.518.124-42 e Registro Geral nº 8819723, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 4º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) 3º SGT BM DAVID. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DE TRAUMAS DE PETROLINA. Registrado(a) com o prontuário nº 51092534. Ficou aos cuidados do médico JULIO PEDRO DE QUEIROZ NETO, registro CRM Nº 7749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 4ºGB.

Posição em 31/10/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018GB4000077

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018GB4000077 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^o. AYANE KARINE DA SILVA, 21 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8819723 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 114.518.124-42, residente à RUA DUARTE COELHO, nº 239, VILA EDUARDO, PETROLINA-PE, certificar que este 4º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2017, por volta das 19:10 hs, no endereço: AV. CARDOSO DE SA, S/Nº, VILA EDUARDO PETROLINA-PE, referente a um(a) COLISÃO CARRO X MOTO, envolvendo MOTO YAMAHA YBR125, COR VERMELHA, PLACA PEU4883-PE, CONDUZIDA PELO SR. NEILTON FERREIRA DE SOUZA; E O AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS, COR PRATA, PLACA PCS8753-BA, CONDUZIDO PELO SR. ARTIUR HENRIQUE BEZERRA DE FARIAS, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^o AYANE KARINE DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 114.518.124-42 e Registro Geral nº 8819723, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 4º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) 3º SGT BM DAVID. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DE TRAUMAS DE PETROLINA. Registrado(a) com o prontuário nº 51092534. Ficou aos cuidados do médico JULIO PEDRO DE QUEIROZ NETO, registro CRM Nº 7749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 4ºGB.

Posição em 31/10/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultor protocolo nº 2018GB4000077

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AYANE KARINE DA SILVA

BANCO: 104

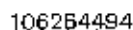
AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000000064134-7

Nr. da Autenticação 41991E3563E29B78

പരിസ്ഥിതിയും മറ്റ് സാമ്പത്തിക പരീക്ഷയും

Response

[illegible]

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
RUA CANA FISTOLA 226
AREIA BRANCA
56330-035 PETROLINA - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CIVIL
CONFERIDO EAO VERIFICADO

27 Nov 2018

Genio Seguros SIA



Conta de Energia Elétrica criada pela Lei 7048 de 2000/01
 Nota Fiscal - CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Deus, 111 - São Vito - Recife - Pernambuco - CEP: 51000-000
 CNPJ: 10.065.822/0001-05 (Insc. Est. 1785041-01) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCO MIGUEL LIMA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DE JANEIRO CORILHO 252

CPF: 125.311.604-15

VIA EDUARDO METROLINI
 PEIRO, JUAPE
 50328-100

CLASSIFICAÇÃO

B: RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Residência

0479010013

06/2018

18/07/2018

09/07/2018

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

141.86

Consumo (kWh)	Preço (R\$)	Valor (R\$)
174,000000	0,73827713	128,83
		1,80
		3,29
		2,43
		1,41
		2,89

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422

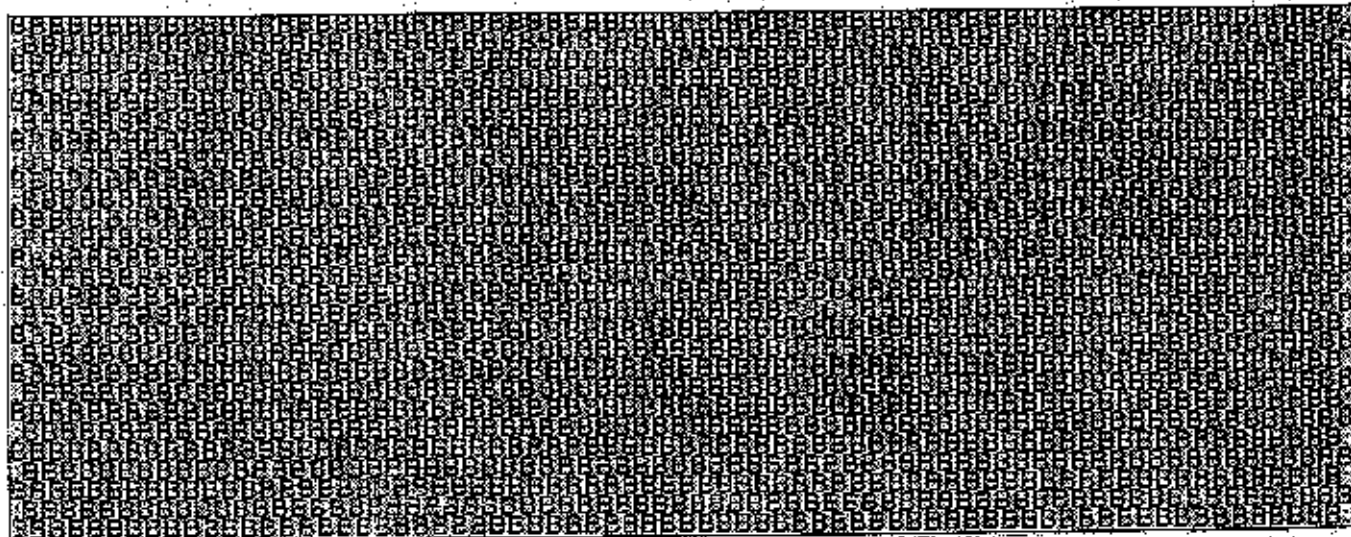
PRO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	INCL. CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
188415	OUT	04/01/2018	19.772,00	15/06/2018	49.932,33	30	1,0000	17422



☐ Mudou-se	☐ Recusado	☐ Falecido
☐ Desconhecido	☐ Ausente	☐ Endereço
☐ Informação do solicitante (síntico)	☐ Não existe o número indicado	☐ Não procurado

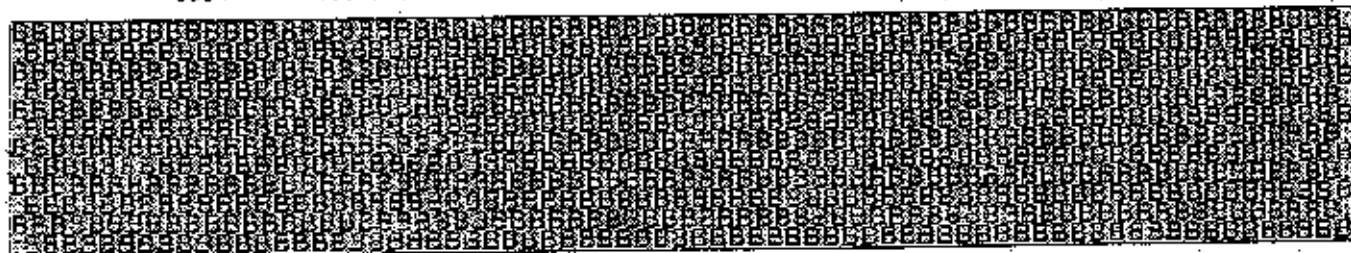
Reintegrado ao serviço postal em _____

Responsável _____



0594

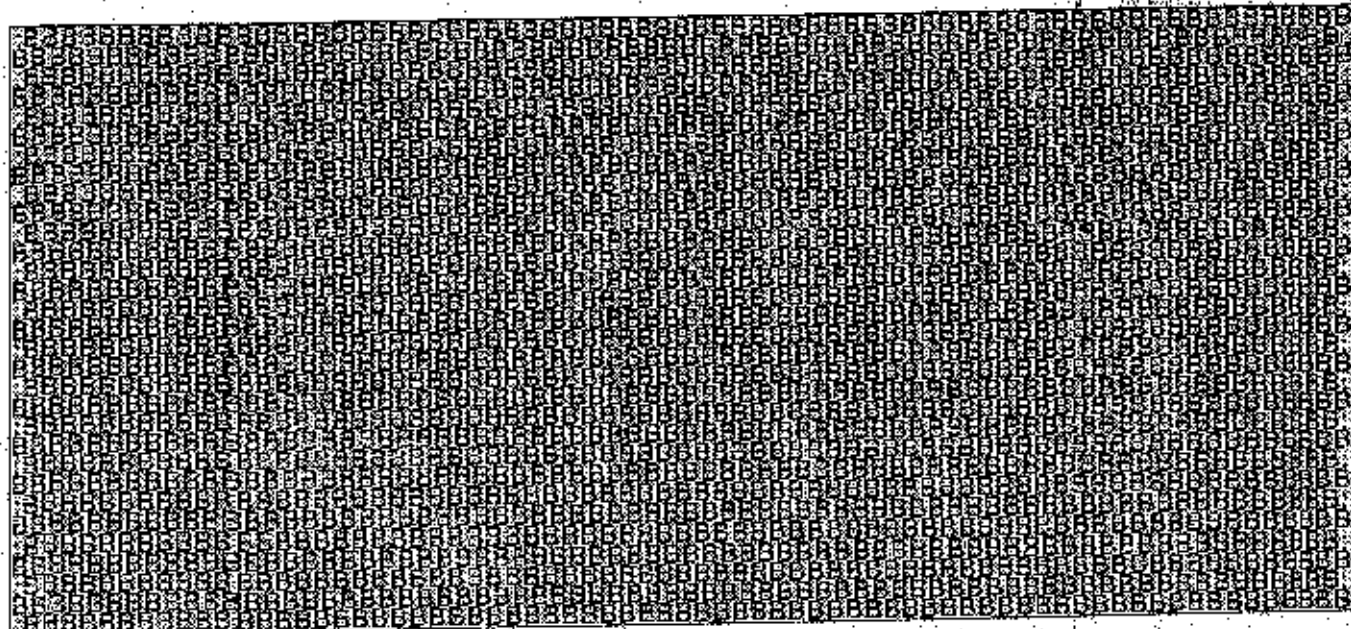
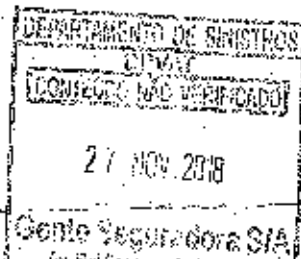
106264494



SEBASTIÃO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
RUA CANA FISTOLA 226
AREIA BRANCA
56330-035 PETROLINA - PE



72181950691137400000000894730140618



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 772.869.954 / 172 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MYANE KARINE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 114518124 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MYANE KARINE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 114518124 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

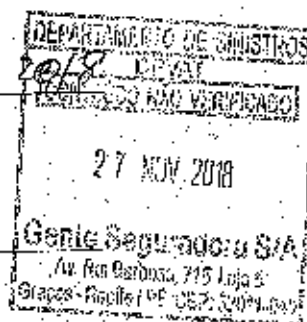
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA COMATISTELA</u>		Número <u>226</u>	Complemento _____
Bairro <u>AREIA BRANCA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
E-mail <u>ASSESSORIA.COMAT@comat.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 3626 3771(8)</u>	Telefone celular(DDD) <u>995024368</u>

PETROLINA 20 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 772.869.954 / 172 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MYANE KARINE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 114518124 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MYANE KARINE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 114518124 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

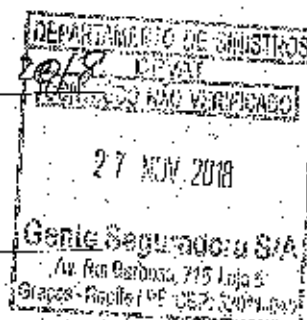
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA COMATISTELA</u>		Número <u>226</u>	Complemento _____
Bairro <u>AREIA BRANCA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
E-mail <u>ASSESSORIA.COMAT@comat.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 3626 3771(8)</u>	Telefone celular(DDD) <u>995024368</u>

PETROLINA 20 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu PAULO OLIVEIRA ANAYO

RG nº 2902072 data de expedição 1 / 1 / 1

Órgão SSP PE portador do CPF nº 34228897515 com domicílio na cidade de PETROLINA no Estado de PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 30 nº 395 LOT RESIDUE nº 1

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 AYANE KAZANE DA SILVA cujo o condutor era

NEILTON FERNANDA DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / YBR

Ano: 2011/2012

Placa: PEU 4883

Chassi: 9CG RE 15 10 C 0030 320

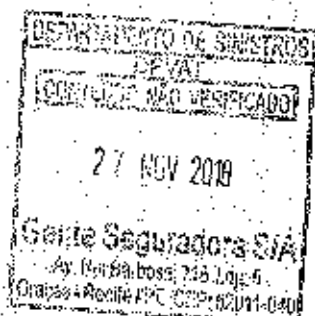
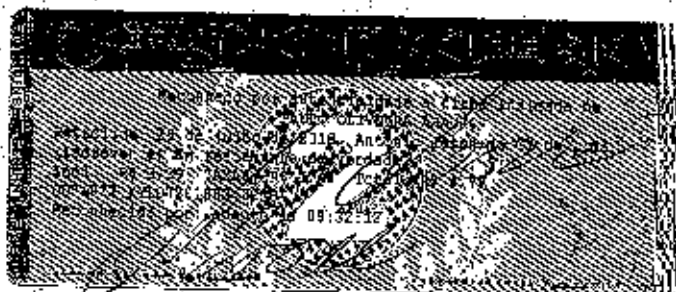
Data do Acidente: 07.12.17

Local e Data: PETROLINA 25 de julho de 2018

Paulo Oliveira Anayo
Assinatura do Declarante

Neilton Ferreira de Souza

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu PAULO OLIVEIRA ANAYO

RG nº 2902072 data de expedição 1 / 1 / 1

Órgão SSP PE portador do CPF nº 34228897515 com domicílio na cidade de PETROLINA no Estado de PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 30 nº 395 LOT RESCIBE nº 1

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 AYANE KAZANE DA SILVA cujo o condutor era

NEILTON FERNANDA DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / YBR

Ano: 2011/2012

Placa: PEU 4883

Chassi: 9CG RE 15 10 C 0030 320

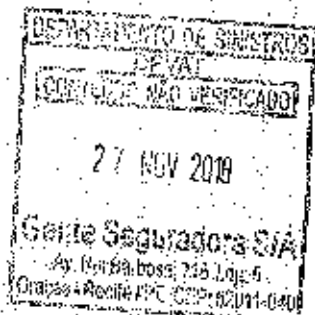
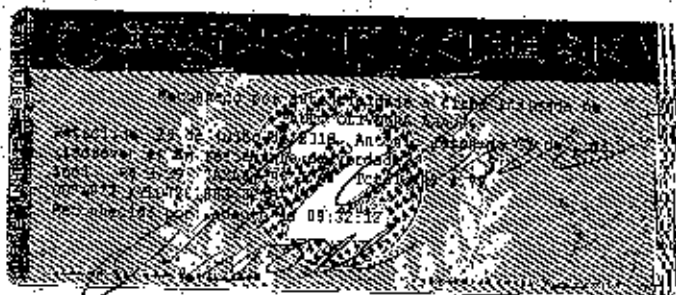
Data do Acidente: 07.12.17

Local e Data: PETROLINA 25 de julho de 2018

Paulo Oliveira Anayo
Assinatura do Declarante

Neilton Ferreira de Souza

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





AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (BOAT)

BOAT Nº

0917/17

Página:

PRINCIPAL

I - LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

Local: AV. CARDOSO DE SA COM A RUA MONIQUE

Bairro: LOT NOVA YORK

Data: 07/12/2017

Dia: QUINTA

Hora da Ocor.: 18:30

Ponto Ref.: 72 BI

Cidade: PETROLINA

Cheg. Equipe:

18:50

II - CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Atropelamento

- ☐ Pedestre
☐ Animal

- ☐ Capotamento
☐ Tombamento

Nº Vítimas

02

Abaloamento

- ☒ Longitudinal
☐ Transversal

- ☐ Saída de Pista
☐ Engavetamento

Nº Mortos

Colisão

- ☐ Frontal
☐ Traseira

- ☐ Incêndio
☐ Outros

Choque

- ☐ Edificação/Obstáculo
☐ Veículo parado
☐ Poste / Árvore
☐ Muro / Barranco

Nº Feridos

02

III - CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE

Do Local

- ☐ Leito da Via
☐ Cruzamento
☐ Rotatória
☒ Bifurcação T
☐ Bifurcação Y

Período/Dia

- ☐ Madrugada
☐ Manhã
☐ Tarde
☒ Noite

Sentido de Deslocamento

- ☐ Único
☒ Duplo

Condições Gerais

- ☐ Sinalização Hospitalar
☐ Pista Estreita
☐ Placa de Indicação
☐ Ponte Estreita
☐ Faixa de Pedestre
☐ Retorno

Sinalização

- ☐ Boa
☐ Má
☒ Regular
☐ Não Existe

Clima

- ☒ Bom
☐ Chuvoso
☐ Nebulosa
☐ Garoa

Divisão da Via

- ☒ Faixa Contínua
☐ Canteiro Central
☐ Ciclo Faixa

Visibilidade

- ☒ Boa
☐ Má
☐ Regular

Pista

- ☒ Seca
☐ Molhada
☐ Enlameada
☐ Oleosa
☐ Em Obras

Seccionada

Semáforo

- ☐ Com Defeito
☐ Sem Defeito
☐ Desligado
☒ Não Existe

Pavimentação

- ☐ Concreto
☒ Asfalto
☐ Paralelepípedo
☐ Cascalho
☐ Sem Revestimento

Área

- ☐ Rural
☒ Urbana

Tipo de Placa

IV - DOS VEÍCULOS

V-1

Marca/Modelo: TOYOTA ETIOS

Cor: PRATA

Ano: 2018

Placa: PCS8753

Município: PETROLINA

UF: PE

REN: 01082027909

Proprietário: JOAO MAURICIO BEZERRA

Chassi: 95RB29ST4G2111785

End:

Bairro:

Cidade:

UF:

CPF/CNPJ: 181.058.204-06

Conductor: ARTHUR HENRIQUE BEZERRA

CNH/UF:

Categoria: B

Validade: 20/03/2021

Sexo: M

Idade: 24

End: AV. MARIA COELHO CAVALCANTE RODRIGUES

Nº: 10

Bairro: APT 103 JATOBA

Cidade: PETROLINA

UF: PE

CPF: 08344853460

Nº Ocupantes:

02

Nº Mortos:

Nº Feridos:

☐ Liberado

☐ Evadiu-se

☐ Apreendido

☐ Socorrido à Vítima

☒ Permaneceu no Local

☐ Socorrido(a)

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 718 Loja 6

Gratuito: 0800-111-0000 CEP: 55.011-000

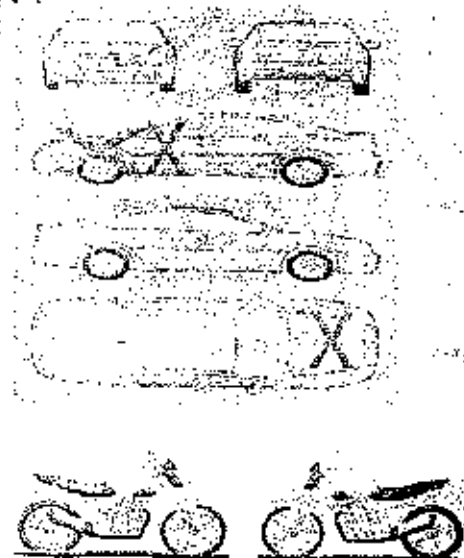
V-2

Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125	Cor: VERMELHA	Ano: 2011	Placa: PEU4883
Município: PETROLINA	UF: PE	REN: 455447420	
Proprietário: PAULO OLIVEIRA ARAUJO		Chassi: 9C6KE1510C0030380	
End: RUA 88		CPF/CNPJ: 342.298.415-15	
Cidade: PETROLINA	UF: PE	CNH/UF: 05708868872	
Categoria: AD	Validade: 23/05/2022	Sexo: M	Idade: 25
Nº Ocupantes: 02	Nº Mortos: -	Nº Feridos: 02	
☐ Liberado	☐ Evadiu-se	☐ Apreendido	
☐ Socorro à Vítima	☐ Permaneceu no Local	☒ Socorrido(a)	

V-3

Marca/Modelo:	Cor:	Ano:	Placa:
Município:	UF:	REN:	
Proprietário:		Chassi:	
End:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CPF/CNPJ:	
Conduto:		CNH/UF:	
Categoria:	Validade:	Sexo:	Idade:
End:		Nº:	H/dre:
Cidade:	UF:	Bairro:	
Nº Ocupantes:	Nº Mortos:	Nº Feridos:	
☐ Liberado	☐ Evadiu-se	☐ Apreendido	
☐ Socorro à Vítima	☐ Permaneceu no Local	☐ Socorrido(a)	

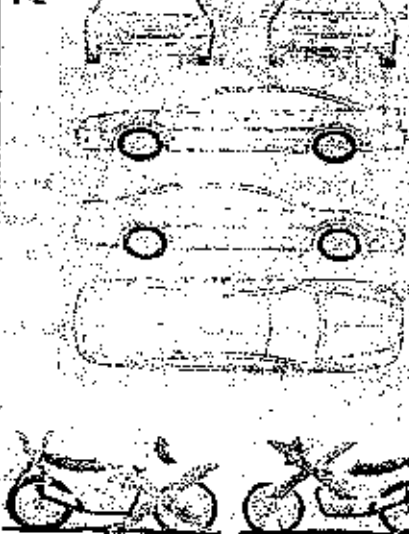
V-1



Assinale com
um "x" onde
Houver avaria(s)

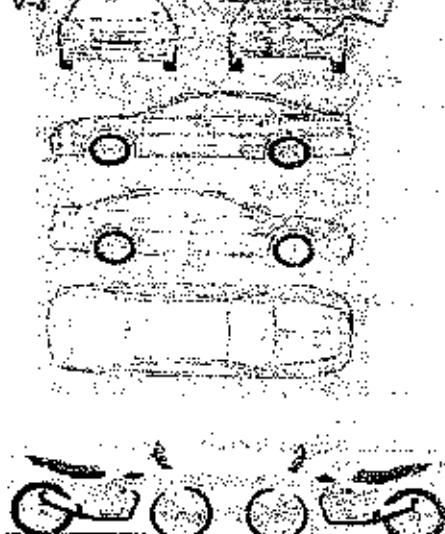
X

V-2



X

V-3



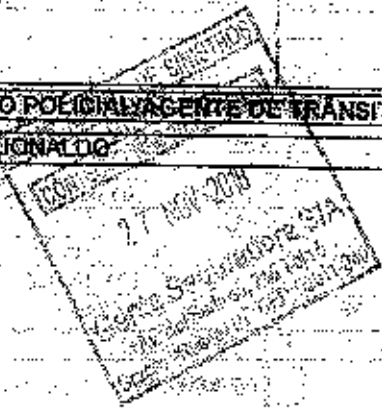
Assinale com
um "x" onde
Houver avaria(s)

X

IDENTIFICAÇÃO DO POLICIAL AGENTE DE TRÂNSITO

NOME: CB. EUGENIO

MATRÍCULA: 921000-8





AMPLA-AUTARQUIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE DE
PETROLINA

Endereço: Av. da Integração, 1.202 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fone: (87) 98835-2284 (SEDE) / (87) 98835-2262



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)**

BOAT Nº 0917/17

Página: AVARIAS

V1 AVARIAS

AMASSAMENTO DA PORTA DIANTEIRO L/E, AMASSAMENTO DO PARALAMA DIANTEIRO L/E, QUEBRAMENTO DO RETROVISOR E VIDRO DA PORTA AMBOS L/E E ARRANHAMENTO DO CAPO, PARTE INTERNA E MECANICA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

☒ EM ANEXO
☐ NÃO REALIZADA

V2 AVARIAS

AMASSAMENTO DA RODA DIANTEIRO, PNEU DIANTEIRO DANIFICADO, FRETE COMPLETA DESTRUIDA, RABETA TRASEIRA QUEBRADA, PÊ CENTRAL AMASSADO, TANQUE AMASSADO CARENAGEM QUEBRADAS, GUIDOM AMASSADO PARTE MECANICA A VERIFICAR.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

☐ EM ANEXO
☒ NÃO REALIZADA

V3 AVARIAS

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

☐ EM ANEXO
☐ NÃO REALIZADA

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CB ELIOMALDO

MATRICULA: _____

DECLARAÇÃO DE SINISTRO
OPVAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



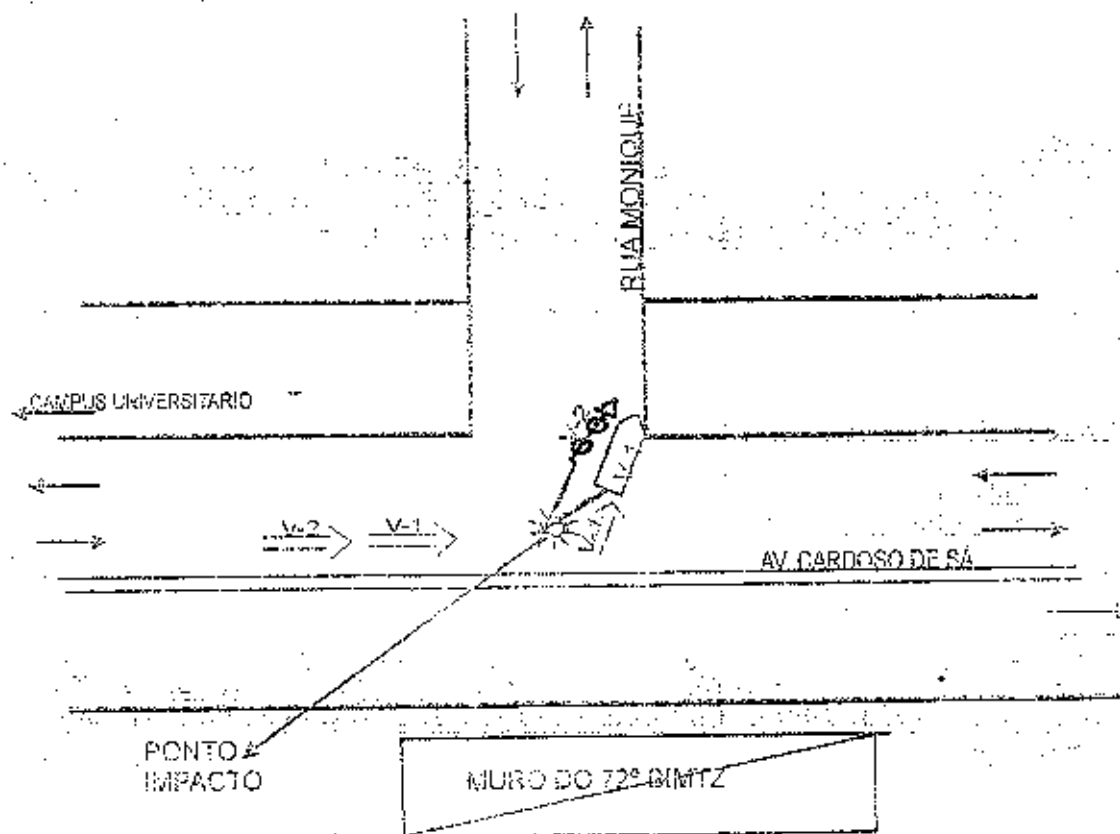
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DGO - CPS - 5º BPM
BATALHÃO GOVERNADOR NILO COELHO
PELOTÃO DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

BOAT Nº 0917/17

Página Croqui



SEMBOLIZAÇÃO

MARCHA À RÉ

MARCHA À FRENTE

ANTES DO ACIDENTE

DEPOIS DO ACIDENTE

OBJETO FIACO/AERIAL

ONIBUS OU CAMINHÃO

MOTOCICLETA

DERRAPAGEM

AUTOMÓVEL

CICLO

PONTO DE IMPACTO

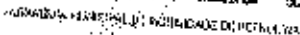
PEDESTRE

CAPOTAGEM

SINALIZAÇÃO

SENTIDO DA VIA

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO



Endereço: Rua Manoel Belo, 148 - Caminho do Sol - Petrolina/PE
Fones: (87) 3862-3580 (SEDE) / (87) 3552-2282



Registro de Accidente Nº

DECLARAÇÕES DO CONDUTOR

Polícia Civil - Comissão Especialmente às 13:30 do dia 07/12/2014 - Viúva na casa do Deceased no Sal. Placido do Galvão do Exército. Estava parada aguardando para converso a esposa, quando estava lendo uma revista - e a motocicleta que estava para o lado e colou.



Phone to Vehicle: 609-885-3333
Link: 05-11-1972

STANDARD OF SUBSTANCES

COMPROVAÇÃO NÃO VERIFICADO

27 Aug 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grecas - Recife (PE) 05315-520

X - INFRAÇÕES AUTUADAS

Não dar a preferência
Avanço de semáforo
Retorno Proibido
Desobediência à Sinalização
Invasão da faixa de pedestre
Não guardar distância segurança
Parar na via
Não portar CNH
Não Habilitado
Transitar em sentido proibido
Ultrapassagem proibida

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Dirigir sem atenção
Não socorrer a vítima
Alterar carac. Veículo
Não usar capacete
Defeito ou falta de equip.
Retirar veíc. do local s/ autor.
Placa ilegível
Sem Licenciamento
Mau estado de conservação
Não portar documentos
Outros

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

XI - VÍTIMAS

1) Nome: AIANE CARINE DA SILVA Est. Civil: SOLTEIRA
Sexo: F Idade: 20 Natur.: PETROLINA UF: PE Profissão: _____
Endereço: RUA DUARTE COELHO Nº: 239 Aptº: _____
Bairro: VILA EDUARDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: SAMU PARA HU Fone: _____
Identidade: 8819723 Org. Exp. SDSPE CPF _____

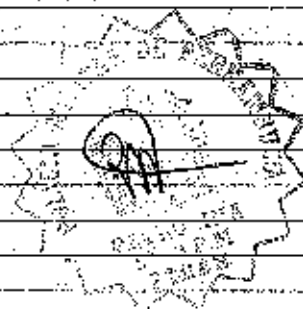
2) Nome: NEILTON FERREIRA DE SOUZA Est. Civil: CASADA
Sexo: M Idade: 25 Natur.: STª FILOMENA UF: PE Profissão: MOTOTAXISTA
Endereço: RUA 88 Nº: 308 Aptº: _____
Bairro: PEDRO RAIMUNDO Município: PETROLINA UF: PE
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: CORPO DE BOMBEIRO P/HU Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF 10590415406

3) Nome: _____ Est. Civil: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Natur.: _____ UF: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Aptº: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
Natureza dos ferimentos: ☐ Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais
Condutor do 1 2 3 4 Pedestre colhido por 1 2 3 4 Passageiro do 1 2 3 4
Socorrido por/Unidade hospitalar: _____ Fone: _____
Identidade: _____ Org. Exp. _____ CPF _____

XII - DESCRIÇÃO DA DINÂMICA DO ACIDENTE

V-1 (TOUYOTA ETIOS) E V-2 (YAMAHA FACTOR YBR 125) TRANSITAVA PELA AV. CARDOSO DE SA NO SENTIDO CAMPUS UNIVERSITARIO/BAIRRO JOSE E MARIA, SENDO QUE V-1 A FRENTE DE V-2, QUANDO NO TRAJETO V-1 FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA COM O INTUITO DE ADENTRAR NA RUA MONIQUE, OCASIONANDO ASSIM UM ABALROAMENTO COM V-2.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
IN-VAI
COM PROVA VERIFICADA
27 NOV 2010
Canta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 135 Loja 5
01042-900 SÃO PAULO - SP



XIII - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

NOME: CB ELIONALDO

MATRÍCULA: 9210008



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Atividade - 1002

Dezembro/2017

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AYANS KARINE DA SILVA

6 - ACOMPANHANTE

SIM

7 - FRONTEIRO

61092534

8 - CNS

704705758827838

9 - RG

10 - CPF

11451812442

11 - NASCIMENTO

01/08/1997

12 - SEXO

F

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 988126596

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2511101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 14 dias retorna com cefaleia

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC crânio: HSD de direita com dlm

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

28 - CID-10 PRINCIPAL

S06.8

29 - CID-10

30 - CID-10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

32 - CÓD. PROCEDIMENTO

303000092

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE)

2764867301

Med. Residência Neurologia

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HEVERTY ROCHA ALVES NETO

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/12/2017

39 - CARIMBO EM REG. CONSELHO

21495-PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N.º BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - CÓD. ORGAO

52 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA

56 - CARIMBO EM REG. CONSELHO

Dr. Marcos Aurélio M. da Silva

201810636 957-3

Aut. H

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51092534

Paciente: AYANE KARINE DA SILVA

Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

Endereço: RUA TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA / PETROLINA (PE)

CNS: 704705758827933

Doc. Identificação:

Nasc.: 01/08/1997 Idade: 20

Telefone: (87) 988126696

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente com histórico de TCE secundário
motociclista (carrinho) no 14 dia,
após colisão - Colisão inferior -
variz da cabeça e tórax.

Traz TC da cabeça = 20/12/17

com HSD C na região da fronte e parietal

com lesão da fronte média

em internamento / Plan. de tratamento
medicamento sintomático

dieta LHO

Sob o bloco Cerebral

- SPO₂ - 96% - 200ml, EV

- Morfina 1mg + AD, EV

- Bromopride 1mg + AD, EV

- Digoxina 1mg + AD, EV

- Terfenadina 12mg + AD, EV

- CC 84 + SSV

Ass. Paciente:

Sigla:

Hora:

Neurocirurgia

NOME: AYANE KARINE DA SILVA		Prnt: 5109253/4
DIAGNOSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO A DIREITA		DATA CIRURGIA: 21/12/2017
PROCEDIMENTO: DRENAGEM DE HSDC		INÍCIO:
		TÉRMINO:
CIRURGIÃO: Dr. TIAGO GOMES	Anestesista: Dr. MARCIANA E DRA AMANDA	
1º aux: Dr. ERIVALDO FONSECA	2º Aux: DR HEVERTY	
Anestesia: geral		
1. Descrição: posicionamento decúbito dorsal, assepsia e antissepsia, posicionamento dos campos, posição cefálica vertida para esquerda e fixação com rodilha. 2. Incisão em parietal e frontal a direita. 3. Dissecção galeal e craniotomia com trepano cirúrgico, abertura da dura-máter e hemostasia com bipolar sob irrigação. 4. Saída de líquido petreo sob alta pressão. 5. Lavagem abundante com solução fisiológica, até saída de líquido claro. 6. Revisão da Hemostasia com bipolar. 7. Fechamento com nylon 3.0 ponto da pele. 8. Sem dreno. 9. Curativo compressivo.		

Assinatura e carimbo do médico

Dr. Erivaldo Fonseca
Médico - Residente
Neurocirurgia
CRM-PE 11.200 CRM-PE 11.200

Michael Mendes Pereira
Administrativo
CRM-PE 11.200 CRM-PE 11.200

HU-UNIVASF
CONTROLE DE QUALIDADE
2017

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

NEG

Identificação do Paciente

Nome:	AYANE KARINE DA SILVA	Chegada:	20/12/2017 12:50:35
Sexo:	FEMININO	Idade:	20
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS	Data de Nascimento:	01/08/1997

Classificação de Risco

Queixa Principal: CEFALÉIA PERSISTENTE + VÔMITOS + HISTÓRIA DE TCE HÁ 13 DIAS

Fluxograma: CEFALÉIA Discriminador: HISTÓRIA DE TRAUMA

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:		15		
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%)		
	Temperatura Timpânica	36	Escala de Dor:	5	PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO

Fluxo Interno: NEUROCIRURGIÃO

Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA	COREN / CRM:	184758 PE	Hora de Início CR:	20/12/2017 12:57:16	Hora de Fim CR:	20/12/2017 12:55:16
----------------	------------------------	--------------	-----------	--------------------	---------------------	-----------------	---------------------

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminado

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:			
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%)	
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO

Fluxo Interno:

Classificador:		COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:	
----------------	--	--------------	--	--------------------	--	-----------------	--

Micheli Damascos Pereira
Assistente Administrativo
UFPA - 2017/2018

UFPA - UNIVASE
CONVÊNIO
11/11/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA

DATA DA ADMISSÃO: 20/12/17

IDADE: 20 ANOS

DATA DA ALTA: 23/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA 15 DIAS EVOLUINDO COM CEFALÉIA. REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO TEMPORO-PARIETAL A direita. FOI REALIZADO, NO DIA 21/12, DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO POSTERIOR DE CONTROLE MOSTROU REDUÇÃO IMPORTANTE DO HEMATOMA. O PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA NEUROLÓGICA, EGG 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREGANTES, SEM DÉFICIT MOTOR, MEMÓRIA PRESERVADA, SEM OUTRAS QUEIXAS, TENDO, PORTANTO, CONDIÇÕES DE RECEBER HOJE ALTA MÉDICA COM ORIENTAÇÕES.

Recebe Alta após discussão com equipe neurológica do HU.

HD: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CID 10: S06.5

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1- DAPIRONA 1000MG, VIA ORAL, 6/6H, SE DOR.

ORIENTAÇÕES

ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA.

MARCAR CONSULTA E TRAZER EXAMES DE IMAGEM.

RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS EM USF.

FAZER ACOMPANHAMENTO COM CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PETROLINA, 23 DE 12 DE 2017.

Dr. Heverly Rocha

Médico - Residência Neurológica

CREMESP 12345

Médico

Michelle Mendes A. Silva
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
Setor 2 40 2062

HU - UNIVASF
CONFIRMAR COM 10 DIAS
12/14

Not A.C.T.

Doc. Identificação: _____

P.A = 140 x 90 mmHg HGT = 125 mg/dL

ANAMNESE DO MÉDICO

W.D. - acidente motorciclístico
H.A. - paciente vítima de
acidente de trânsito. Não lembra
do acidente.
E.G.R. - vítima de homicídio,
conscientemente ferido (+)
Alcool - 14
H.D. - acidente de trânsito e morte
M.S. - vítima de acidente de trânsito
em ponto específico
H.D. - T.E.F.

DOCUMENTO DE SINAL

TEA /
Futura 2 gumbos

7-20-61 - 10 1/2% - 1000

~~2) Diketahui & Ditanya~~

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

[illegible]

43 $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

55 Fall 01  Name _____

6. ~~FOUO~~ ~~CONFIDENTIAL~~ ~~SECRET~~

16-17-1993

2015/12/14

07/12/18
J. C. [Signature]

Paciente: Dr. Orlando

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
CURSO DE ECONOMIA
FACULDADE DE ECONOMIA
MUNICIPIO DE JUAZEIRO DO NORTE
RUA DA BARRAGEM, 75 - JUAZEIRO
CEP: 63000-000

CONFIDENTIAL

Dr. Julio Queiroz
Mastomologia Cirurgia Geral
CNPJ 16.845.22/04 - CRÉDITO 1.144

Mexico, Mexico

Said

Flora

Original processed - 07/12/2011

May 1943



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATORIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebeu alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A
CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

HD: TCE

CID 10: S06.9

Michelle Mendes P. de A.
Assistente Administrativo
HUUS - NCR - 15/12/2017

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Rayssa S. F. de S.
Medicina
Medico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UNIAF
COMPROVANTE VERIFICADO
27/12/2017
SIA
ANEXO 1
UNIAF - PETROLINA

HUUS - NCR
15/12/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebe alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

- 1- DAPIRONA 500MG 01 CP VO 6/6H SE DOR;
- 2- Nimesulide 100mg tomar 1 cp de 12/12h se dor por 5 dias
- 3- FENITOINA 100MG, TOMAR 1 CP DE 8 EM 8HS



ORIENTAÇÕES

Acompanhamento no ambulatorio da neurocirurgia;

Marcar consulta e fazer exames de IMAGEM;

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Michael Mendes Pirelli
Chefe Administrativo
HU UNIVASF / EB SERH
SINTESA 240 2992

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Raissa B. Vilela
CRM: 15.548
Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SEFAZ-Secretaria da Fazenda
Coordenação Tributária
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

201836764

Data e Hora de Emissão

08/02/2018 10:30:11

Código de Verificação

82E16083B

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica, poderá ser confirmada na página da PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO na Internet, no endereço <http://sejuazeiro.metropolisweb.com.br/metropolisWEB/>

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 10.776.008/0001-06

Inscrição Estadual

Inscrição 0015932001

Nome/Razão CENTRO DE DIAG POR IMG DE JUAZEIRO LTDA

Endereço: AVENIDA ADOLFO VIANA, 1

Bairro: ALTO DA MARAVILHA

Município: Juazeiro

UF: BA

CEP: 46903-530

Email: multimagem.juazeiro@meddi.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/CRI: 114.518.124-42

Inscrição

Inscrição Estadual: 0

Nome/Razão AYANE KARINE DA SILVA

Endereço: R Duarte Coelho, 239, CASA

Bairro: Vila Eduardo

Município: PETROLINA

UF: PE

CEP: 56328-160

Email:

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S): Juazeiro

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A RNM DE CRANIO E CONTRASTE



VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

ATIVIDADE

0008640206 - SERVIÇOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS: ()

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletrividade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Valor Total Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISSQN Retido (R\$)
0,00	800,00	4,00	32,00	Não

RETENÇÃO DE IMPOSTOS

P/S (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS RETENÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

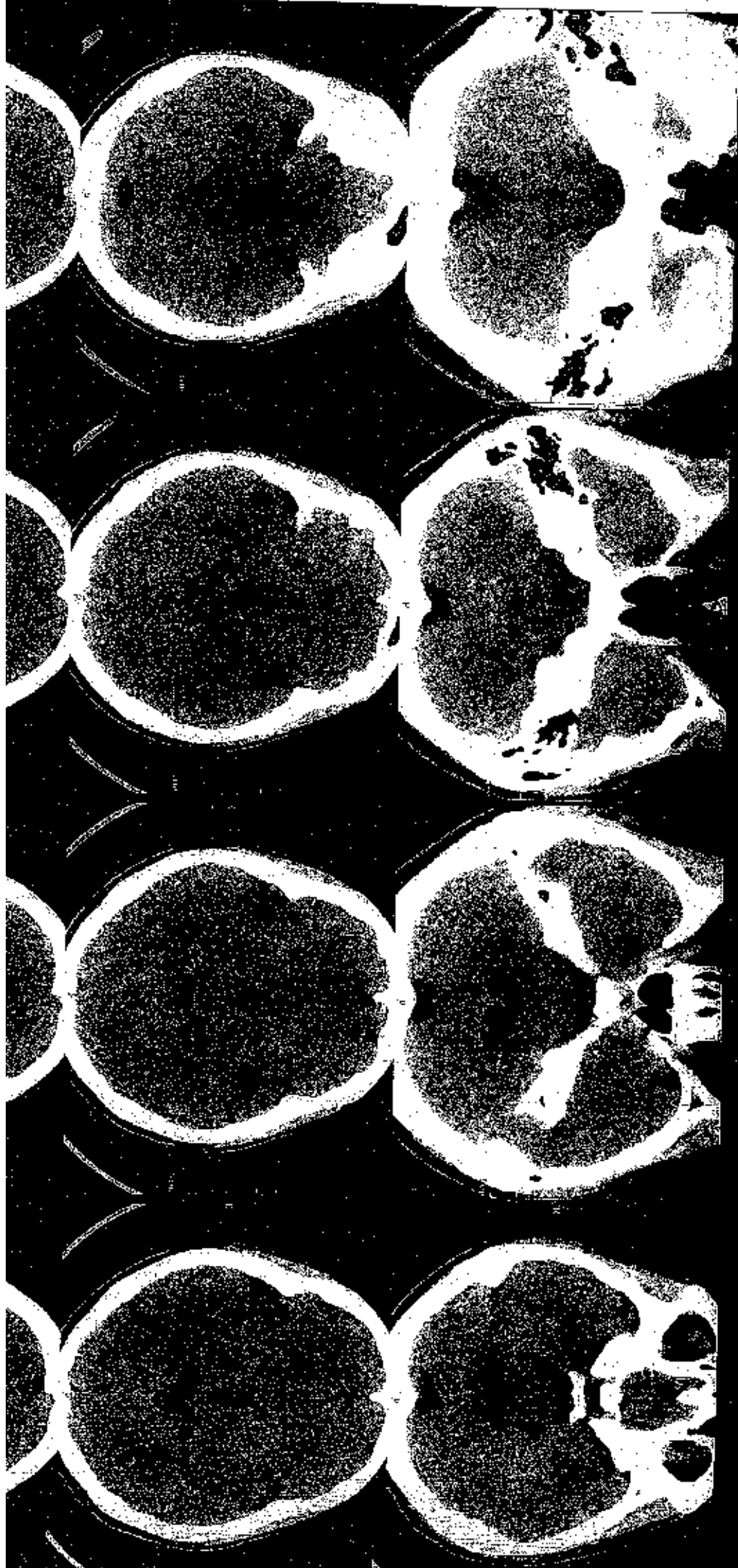
Competência: 02/2018 - Tributado no Município de Juazeiro - Responsável Recolhimento: Prestador

AYANE KARINE DA SILVA

271821

10 Jan 2014

20X

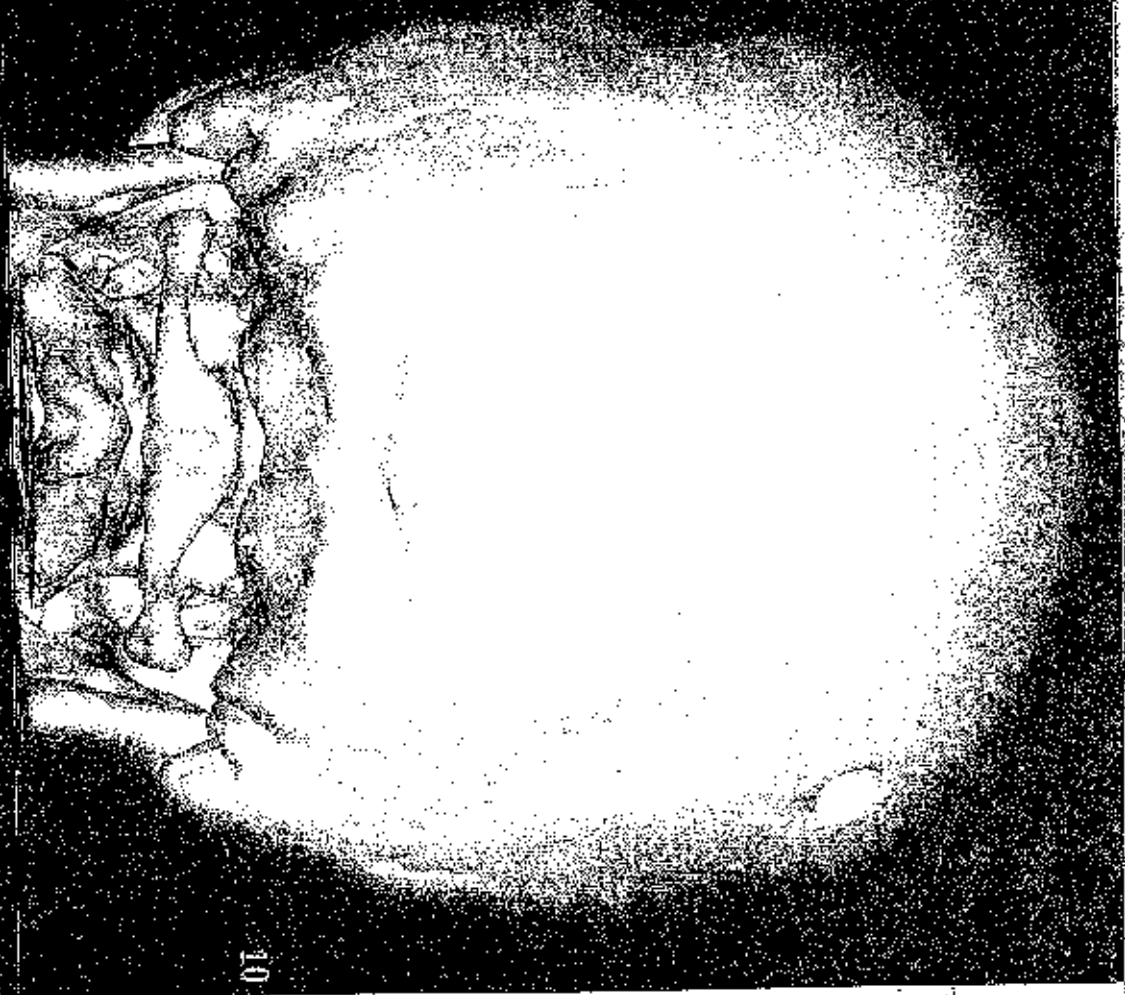


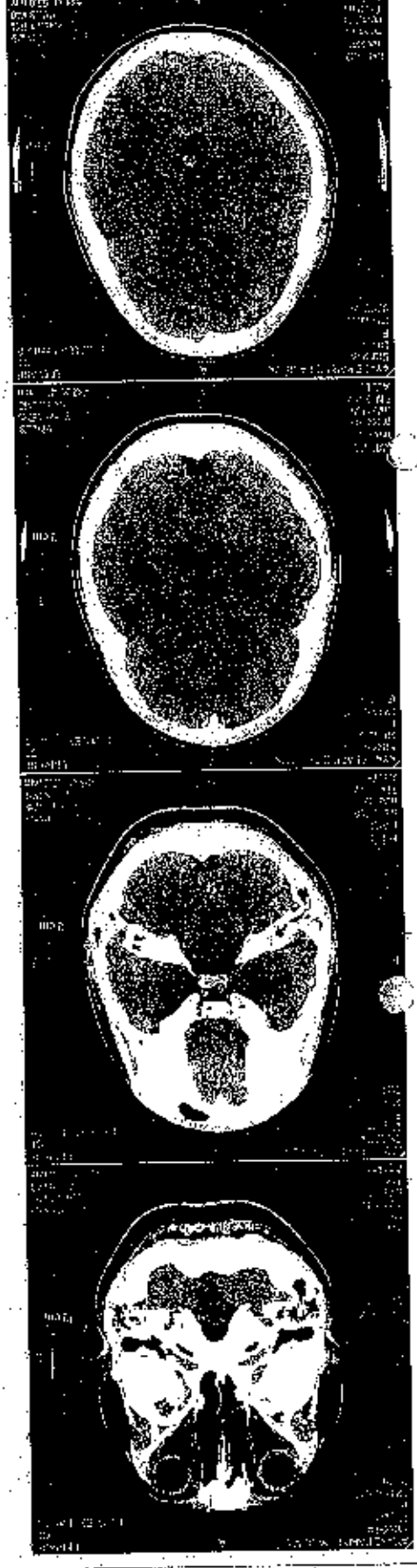
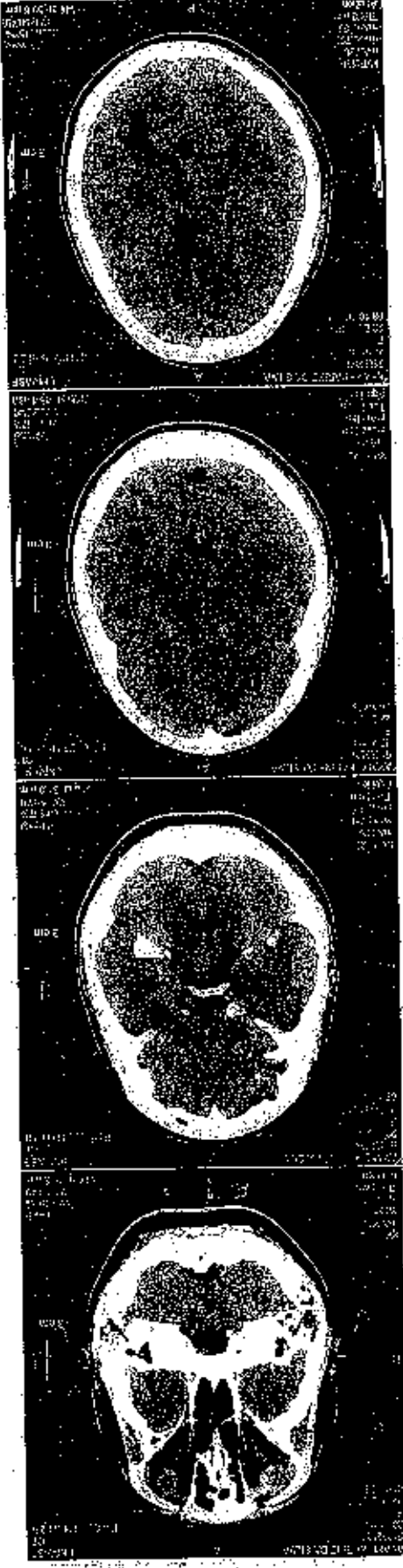
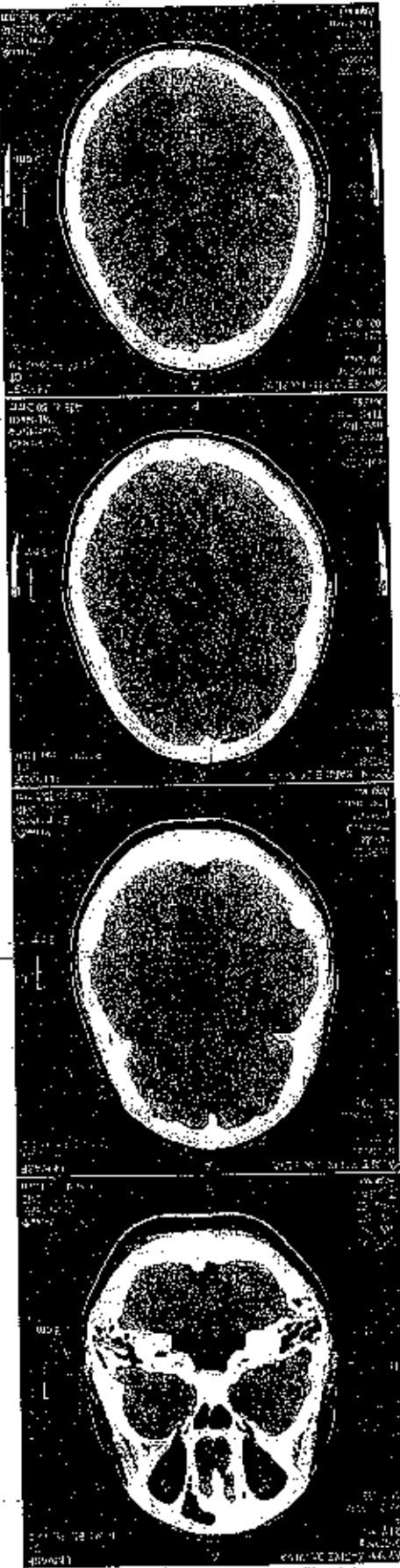


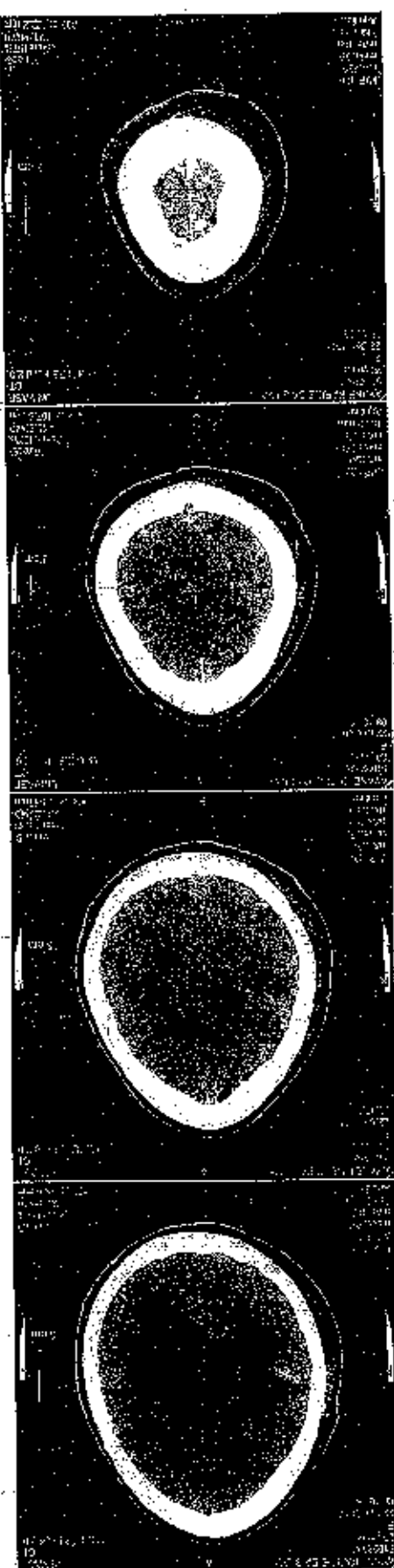
10 cm



H
R A

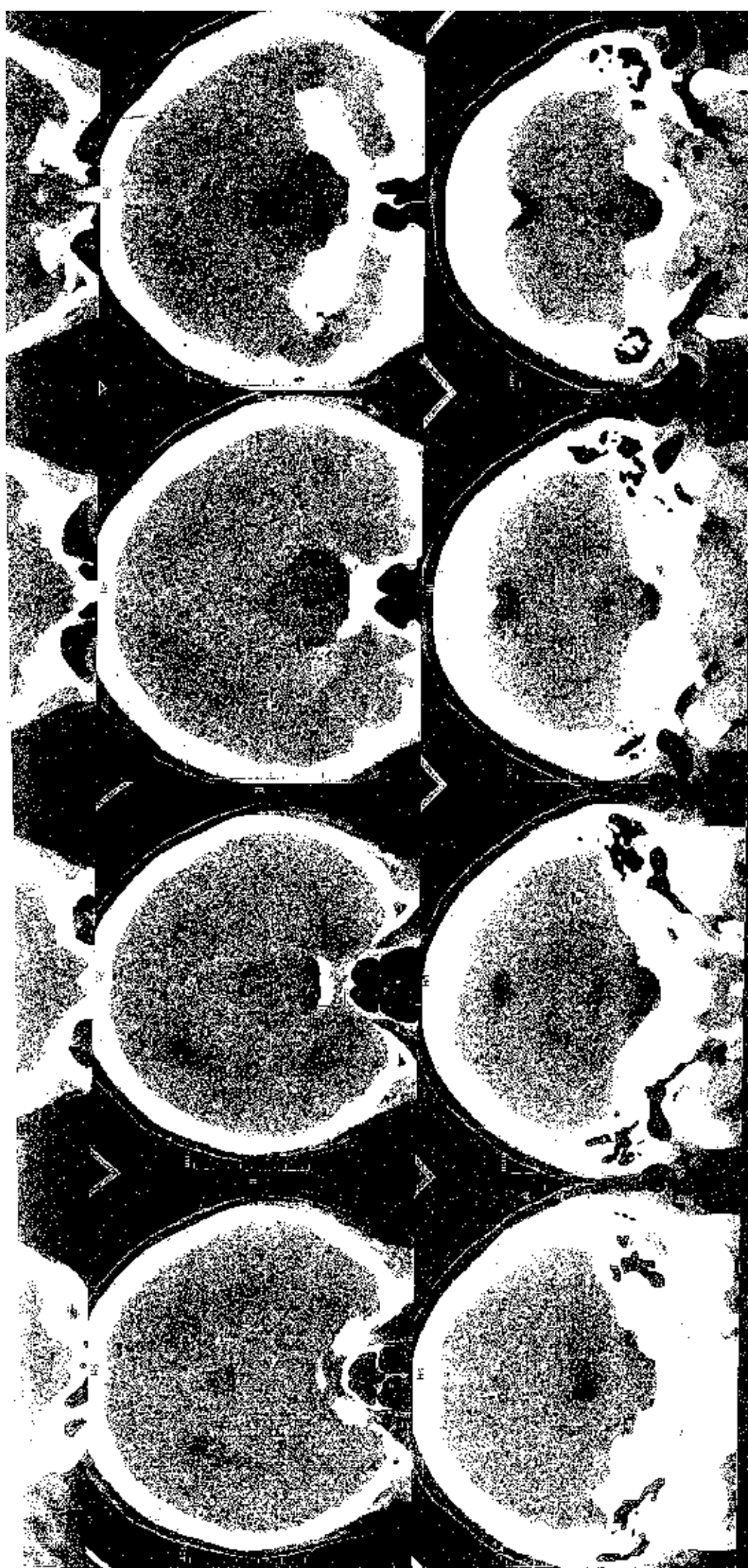


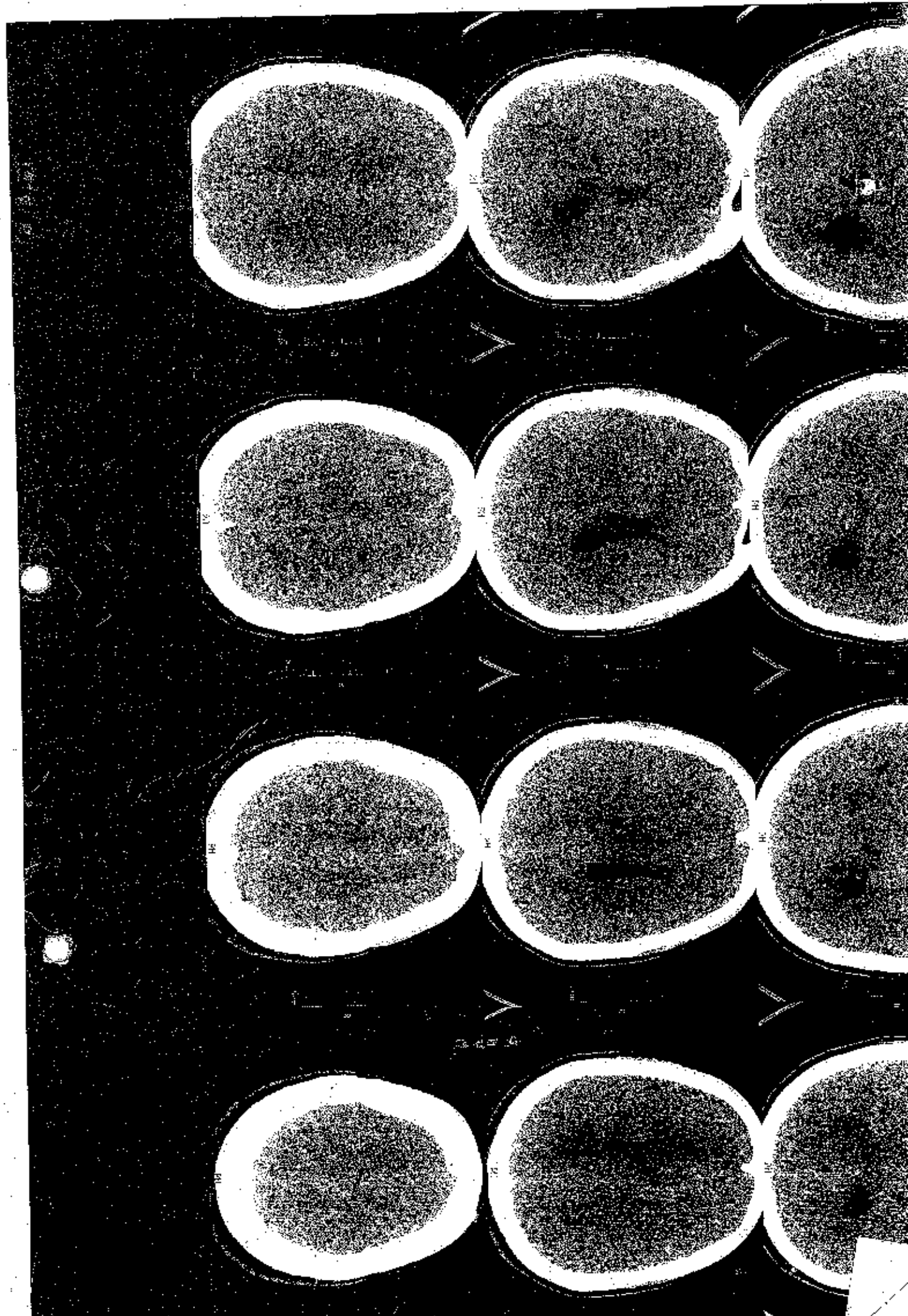


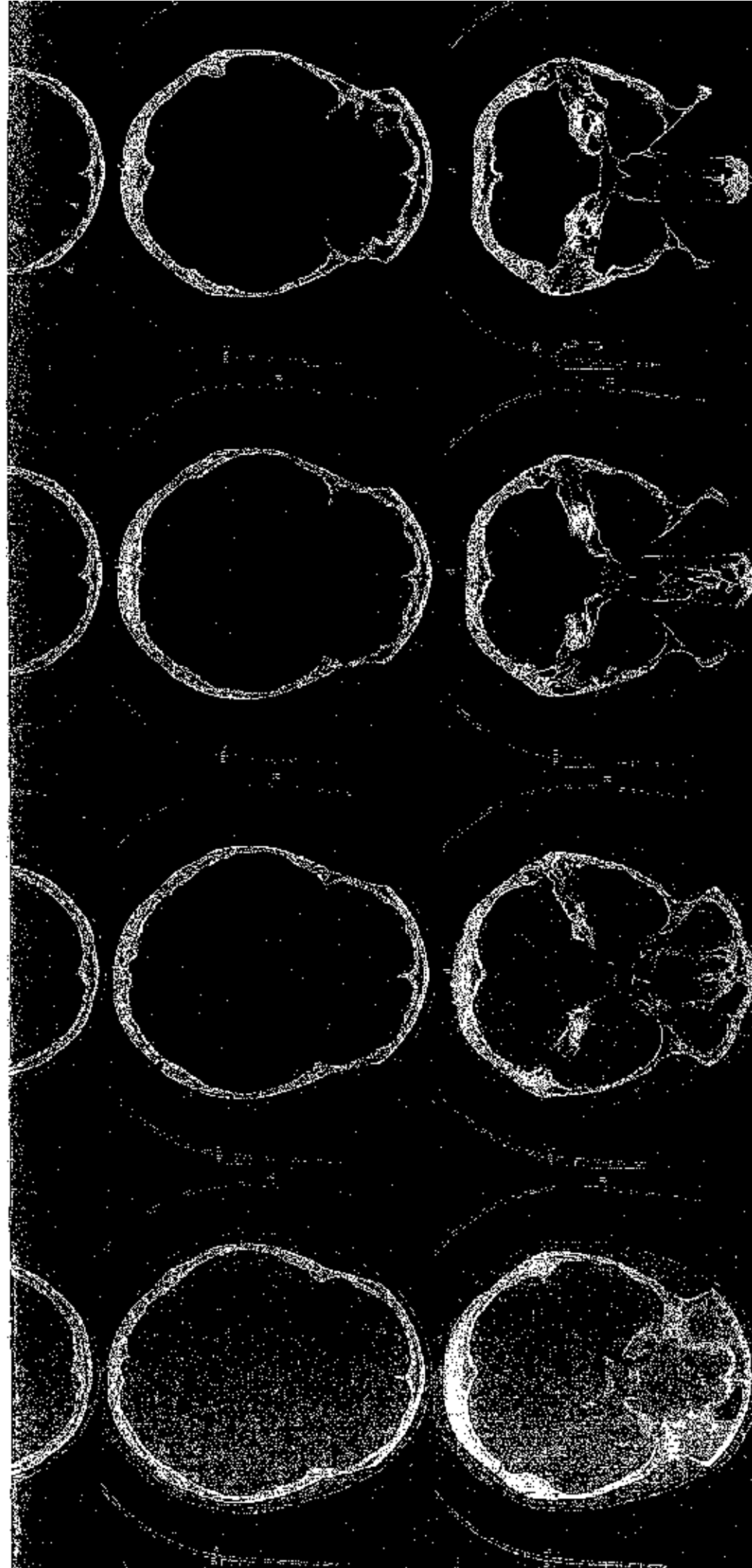


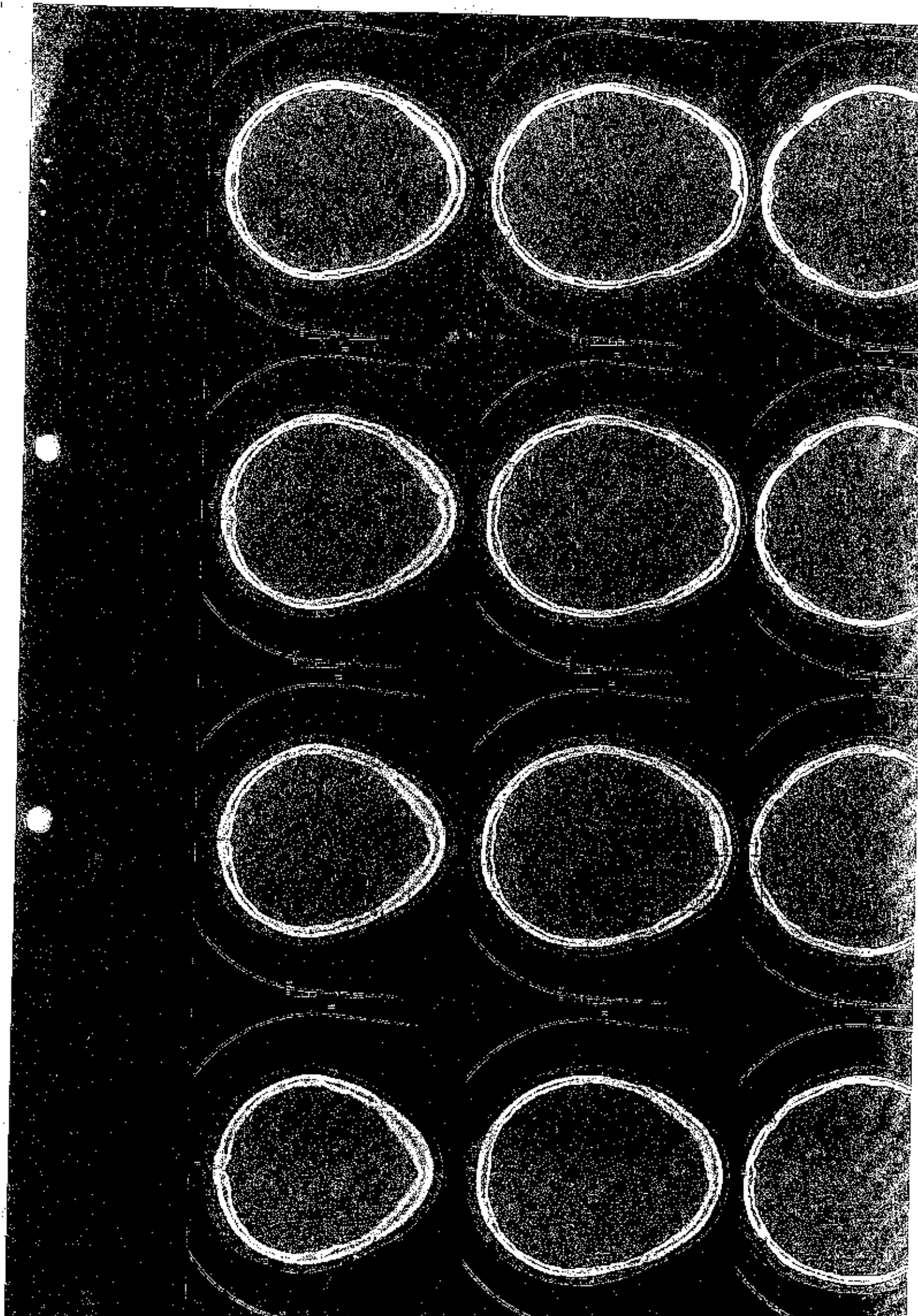
AYANE KARINE DA SILVA

27/10/01
10/10/01









P/ Ayane Karine de Silva

Lendo Médico

4

Dados para dente fixo, que é parte de uma
 refração, deu entrada no Hospital universitário de
 UNIVAS, vítima de TCE por acidente automobilístico no
 dia 07/12/17; Glasgow 14, sem déficit, e Tomografia
 de crânio com fraturas subdural lateral, pequena
 contusão frontal e direita. Submetido ao tratamento
 conservador, permanecendo estável, sem deterioração
 e, liberado, dia 15/12/17. Deu entrada no dia
 20/12/17, com afecção interna, úlcera, necessitando
 cirurgia no dia 21/12/17 e ficando até dia 23/12/17.
 No entanto, com pouco afecção, pelada e enque-
 ciado, com fratura dentária.

Rua Tomé Cayalcanti, 132 - Areia Branca - Petrolina / PE

(87) 3864-1380 / (87) 99639-1741

@seimacazuzzaodontologiaesaude

C.D { 506.5
 { 243.8

DRA. SELMA CAZUZZA
 Psicóloga - Saúde Mental
 CRIME 19486



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Atividade - 1002

Dezembro/2017

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AYANS KARINE DA SILVA

6 - ACOMPANHANTE

SIM

7 - FRONTUÁRIO

61092534

8 - CNS

704705758827838

9 - RG

10 - CPF

11451812442

11 - NASCIMENTO

01/08/1997

12 - SEXO

F

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 988126596

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2511101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 14 dias retorna com cefaleia

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC crânio: HSD de direita com dlm

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

28 - CID-10 PRINCIPAL

S06.8

29 - CID-10

30 - CID-10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

32 - CÓD. PROCEDIMENTO

303000092

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE)

2764867301

Medic. Residente Neurologia

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HEVERTY ROCHA ALVES NETO

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/12/2017

39 - CARIMBO EM REG. CONSELHO

21495-PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N.º BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - CÓD. ORGAO

52 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

Dr. Marcos Aurélio M. da Silva

56 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

21/12/18

201810636 957-3

Aut. H

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51092534

Paciente: AYANE KARINE DA SILVA

Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

Endereço: RUA TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA / PETROLINA (PE)

CNS: 704705758827933

Doc. Identificação:

Nasc.: 01/08/1997 Idade: 20

Telefone: (87) 988126696

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente com histórico de TCE secundário
motociclista (carrinho) no 14 dia,
após colisão - Colisão inferior -
variz da cabeça e tórax.

Traz TC da cabeça = 20/12/17

com HSD C na região da fronte e parietal

com lesão da fronte média

em internamento / Plano de
medicação sintomática

dieta LHO

Sob o bloco C

- SPO₂ - 96% - 200ml, EV

- morfina 1mg + AD, EV

- bromopride 1mg + AD, EV

- dipirona 1mg + AD, EV

- tenoxicam 20mg + AD, EV

- CC 84 + SSV

Ass. Paciente:

Sigla:

Hora:

Neurocirurgia

NOME: AYANE KARINE DA SILVA		Prnt: S109253/4
DIAGNOSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO A DIREITA		DATA CIRURGIA: 21/12/2017
PROCEDIMENTO: DRENAGEM DE HSDC		INÍCIO:
		TÉRMINO:
CIRURGIÃO: Dr. TIAGO GOMES	Anestesista: Dr. MARCIANA E DRA AMANDA	
1º aux: Dr. ERIVALDO FONSECA	2º Aux: DR HEVERTY	
Anestesia: geral		
1. Descrição: posicionamento decúbito dorsal, assepsia e antissepsia, posicionamento dos campos, posição cefálica vertida para esquerda e fixação com rodilha. 2. Incisão em parietal e frontal a direita. 3. Dissecção galeal e craniotomia com trepano cirúrgico, abertura da dura-máter e hemostasia com bipolar sob irrigação. 4. Saída de líquido petreo sob alta pressão. 5. Lavagem abundante com solução fisiológica, até saída de líquido claro. 6. Revisão da Hemostasia com bipolar. 7. Fechamento com nylon 3.0 ponto da pele. 8. Sem dreno. 9. Curativo compressivo.		

Assinatura e carimbo do médico

Dr. Erivaldo Fonseca
Médico - Residente
Neurocirurgia
CRM-PE 11.200 CRM-PE 11.200

Michael Mendes Pereira
Administrativo
CRM-PE 11.200

HU-UNIVASF
CONTROLE DE QUALIDADE
2017

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

NEG

Identificação do Paciente

Nome:	AYANE KARINE DA SILVA	Chegada:	20/12/2017 12:50:35
Sexo:	FEMININO	Idade:	20
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS	Data de Nascimento:	01/08/1997

Classificação de Risco

Queixa Principal: CEFALÉIA PERSISTENTE + VÔMITOS + HISTÓRIA DE TCE HÁ 13 DIAS

Fluxograma: CEFALÉIA Discriminador: HISTÓRIA DE TRAUMA

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:		15		
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%)		
	Temperatura Timpânica	36	Escala de Dor:	5	PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO

Fluxo Interno: NEUROCIRURGIÃO

Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA	COREN / CRM:	184758 PE	Hora de Início CR:	20/12/2017 12:57:16	Hora de Fim CR:	20/12/2017 12:55:16
----------------	------------------------	--------------	-----------	--------------------	---------------------	-----------------	---------------------

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminador:

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:			
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%)	
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO

Fluxo Interno:

Classificador:		COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:	
----------------	--	--------------	--	--------------------	--	-----------------	--

Micheli Damascos Pereira
Assistente Administrativo
UFPA - 2017/2018

UFPA
UNIVASE
CONVÊNIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA

DATA DA ADMISSÃO: 20/12/17

IDADE: 20 ANOS

DATA DA ALTA: 23/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA 15 DIAS EVOLUINDO COM CEFALÉIA. REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO TEMPORO-PARIETAL A direita. FOI REALIZADO, NO DIA 21/12, DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO POSTERIOR DE CONTROLE MOSTROU REDUÇÃO IMPORTANTE DO HEMATOMA. O PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA NEUROLÓGICA, EGG 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREGANTES, SEM DÉFICIT MOTOR, MEMÓRIA PRESERVADA, SEM OUTRAS QUEIXAS, TENDO, PORTANTO, CONDIÇÕES DE RECEBER HOJE ALTA MÉDICA COM ORIENTAÇÕES.

Recebe Alta após discussão com equipe neurológica do HU.

HD: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CID 10: S06.5

Michelle Mendes A. Silva
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
Setor 2 46 2062

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1- DAPIRONA 1000MG, VIA ORAL, 6/6H, SE DOR.

HU - UNIVASF
CONF. COM 0030004
12/14

ORIENTAÇÕES

ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA.

MARCAR CONSULTA E TRAZER EXAMES DE IMAGEM.

RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS EM USF.

FAZER ACOMPANHAMENTO COM CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PETROLINA, 23 DE 12 DE 2017.

Dr. Heverly Rocha

Médico - Residência Neurológica

CREMESP 12345

Médico

Not A.C.T.

Doc. Identificação: _____

P.A = 140 x 90 mmHg HGT = 125 mg/dL

ANAMNESE DO MÉDICO

W.D. - acidente motorciclístico
H.A. - paciente vítima de
acidente de trânsito. Não lembra
do acidente.
E.G.R. - vítima de homicídio,
conscientemente ferido (+)
Alcool - 14
H.D. - acidente de trânsito e morte
M.S. - vítima de acidente de trânsito
em ponto específico
H.D. - T.E.F.

DOCUMENTO DE SINAL

TEA /
Futura 2 gumbos

7-20-61 - 10 1/2% - 1000

2) $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

11/11/2019

[illegible]

43 $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

55 Fall 01  Name _____

6. ~~FOUO~~ ~~CONFIDENTIAL~~ ~~SECRET~~

16-17-1993

2015/12/14

07/12/18
JC [Signature]

Paciente: Dr. Orlando

Dr. João Queiroz
Mastologia / Cirurgia Geral
Fones: 3341.2204 - Celular: 3341.1111

Said

Mora

Pre-proof
Pre-proof

May 1949



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATORIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebeu alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A
CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

HD: TCE

CID 10: S06.9

Michelle Mendes P. de O. eir.
Assistente Administrativo
HUUS - NCR - 15/12/2017

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Rayna S. F. de S.
Medicina
Medico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UNIAF
COMPROVANTE VERIFICADO
27/12/2017
SIA
ANEXO 1
UNIAF - PETROLINA

HUUS - NCR
15/12/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebe alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

- 1- DAPIRONA 500MG 01 CP VO 6/6H SE DOR;
- 2- Nimesulide 100mg tomar 1 cp de 12/12h se dor por 5 dias
- 3- FENITOINA 100MG, TOMAR 1 CP DE 8 EM 8HS



ORIENTAÇÕES

Acompanhamento no ambulatorio da neurocirurgia;

Marcar consulta e fazer exames de IMAGEM;

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Michael Mendes Pirelli
Chefe de Administração
HU UNIVASF / EB SERH
SINTE 240 2992

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Raquel B. Vilela
CRM: 15.548
Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SEFAZ-Secretaria da Fazenda
Coordenação Tributária
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

201836764

Data e Hora de Emissão

08/02/2018 10:30:11

Código de Verificação

82E16083B

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica, poderá ser confirmada na página da PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO na Internet, no endereço <http://sejuazeiro.metropolisweb.com.br/metropolisWEB/>

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 10.776.008/0001-06

Inscrição Estadual

Inscrição 0015932001

Nome/Razão CENTRO DE DIAG POR IMG DE JUAZEIRO LTDA

Endereço: AVENIDA ADOLFO VIANA, 1

Bairro: ALTO DA MARAVILHA

Município: Juazeiro

UF: BA

CEP: 46903-530

Email: multimagem.juazeiro@meddi.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/CRI: 114.518.124-42

Inscrição

Inscrição Estadual: 0

Nome/Razão AYANE KARINE DA SILVA

Endereço: R Duarte Coelho, 239, CASA

Bairro: Vila Eduardo

Município: PETROLINA

UF: PE

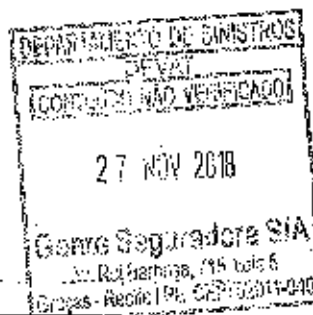
CEP: 56328-160

Email:

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S): Juazeiro

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A RNM DE CRANIO E CONTRASTE



VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

ATIVIDADE

0008640206 - SERVIÇOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS: ()

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletrividade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Valor Total Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISSQN Retido (R\$)
0,00	800,00	4,00	32,00	Não

RETENÇÃO DE IMPOSTOS

P/S (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS RETENÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

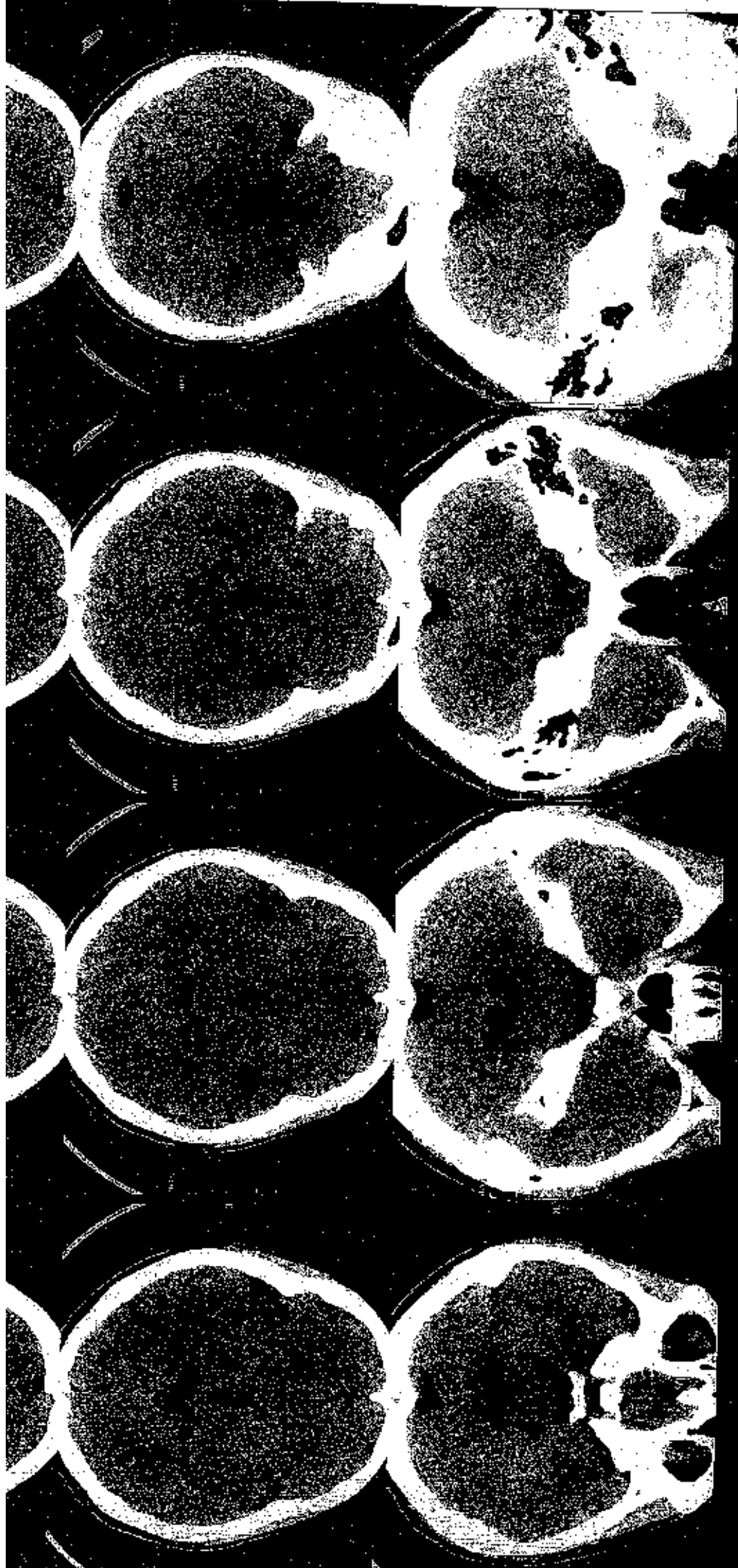
Competência: 02/2018 - Tributado no Município de Juazeiro - Responsável Recolhimento: Prestador

AYANE KARINE DA SILVA

271821

10 Jan 2014

20X



A



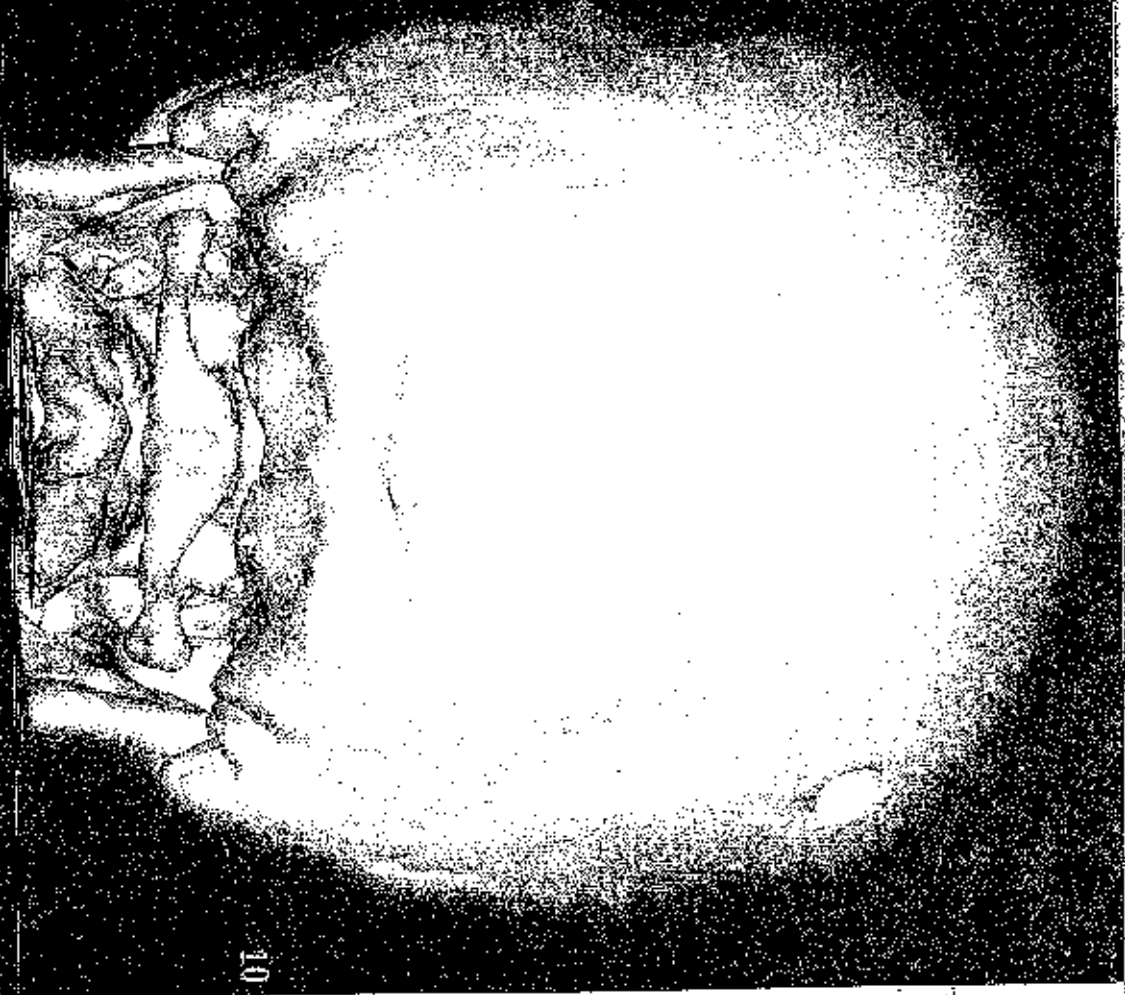
10 cm

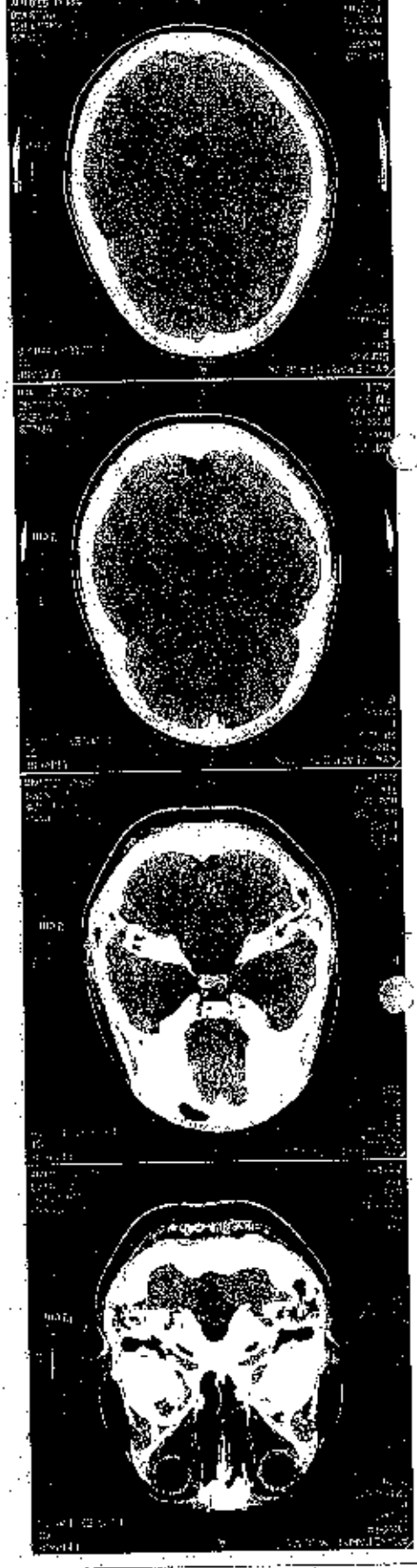
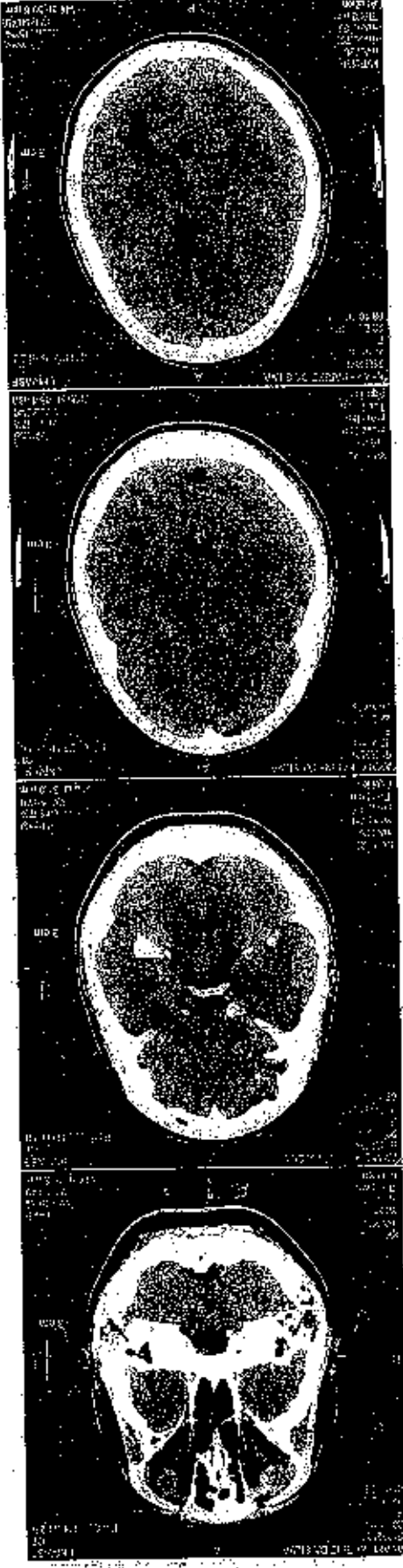
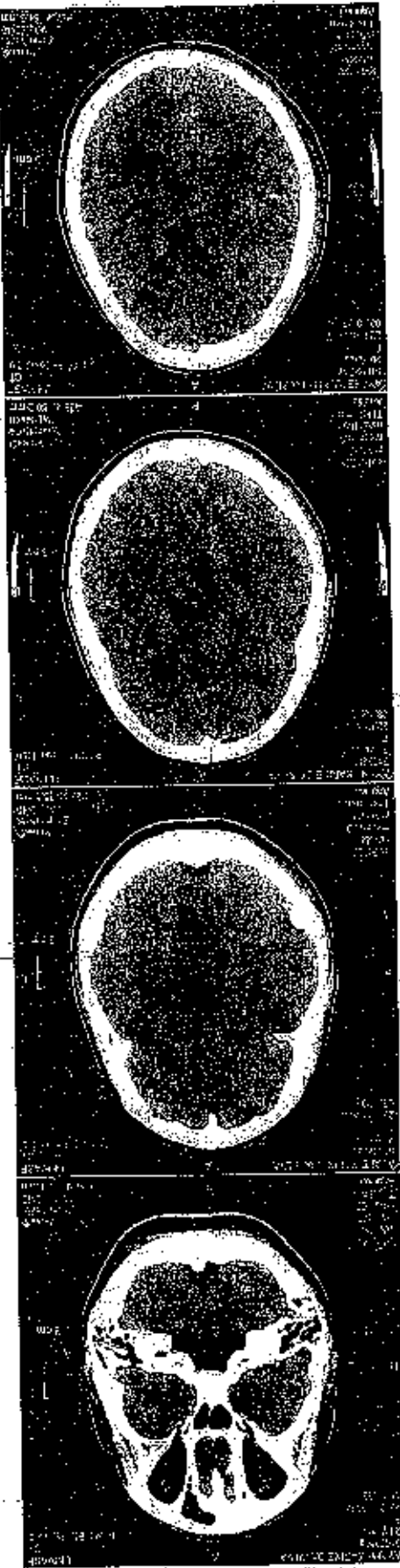
H



10

H
R A

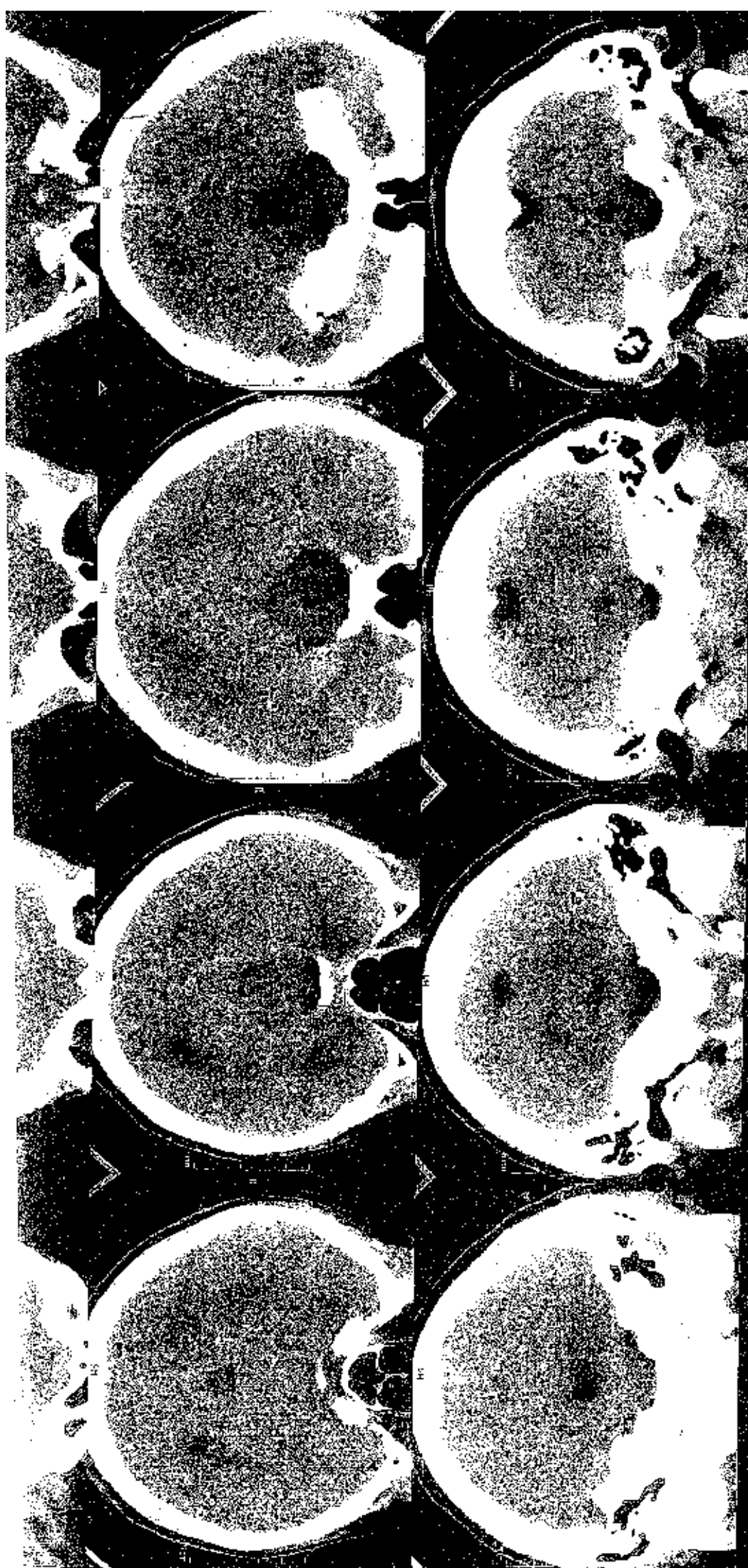


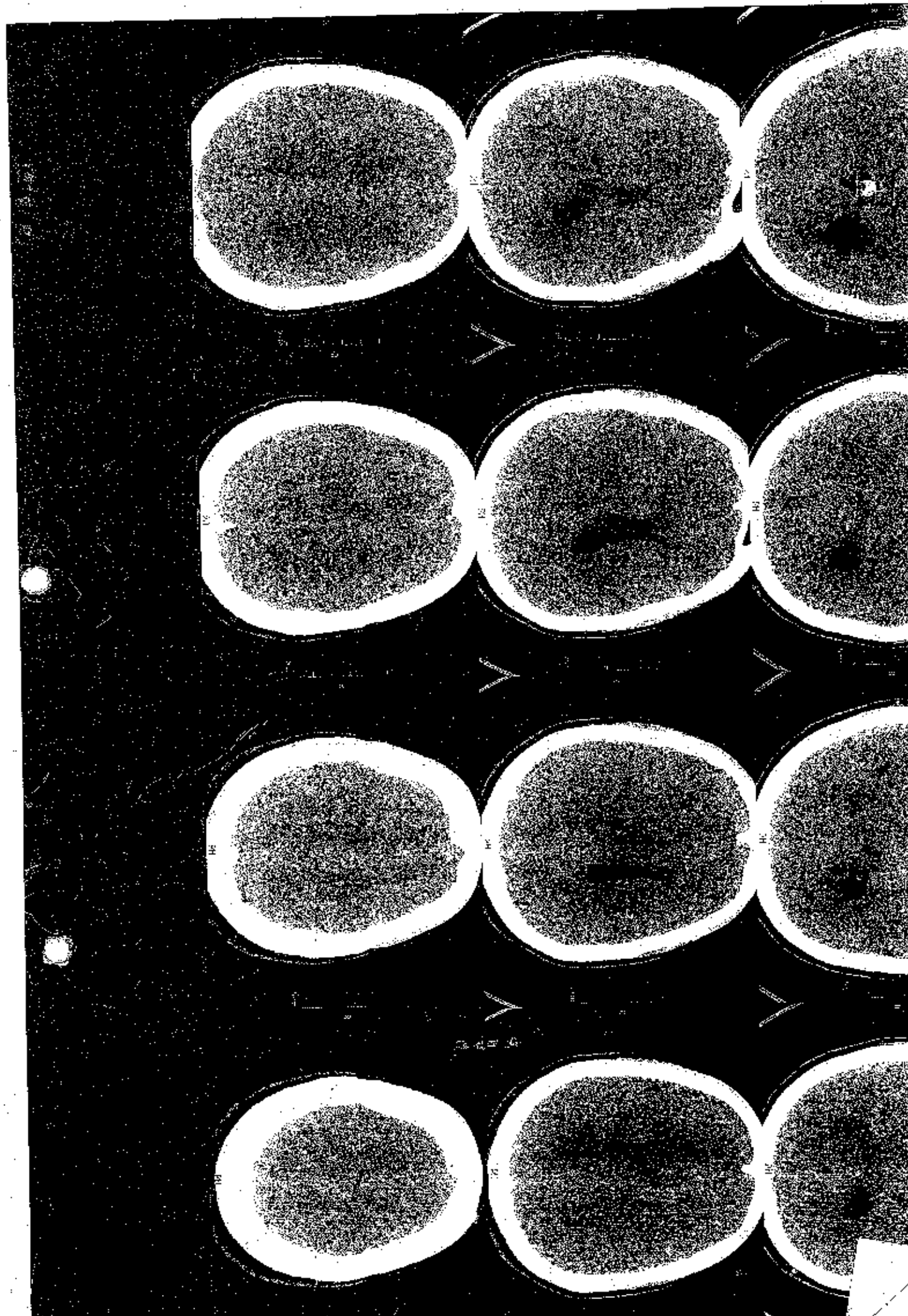


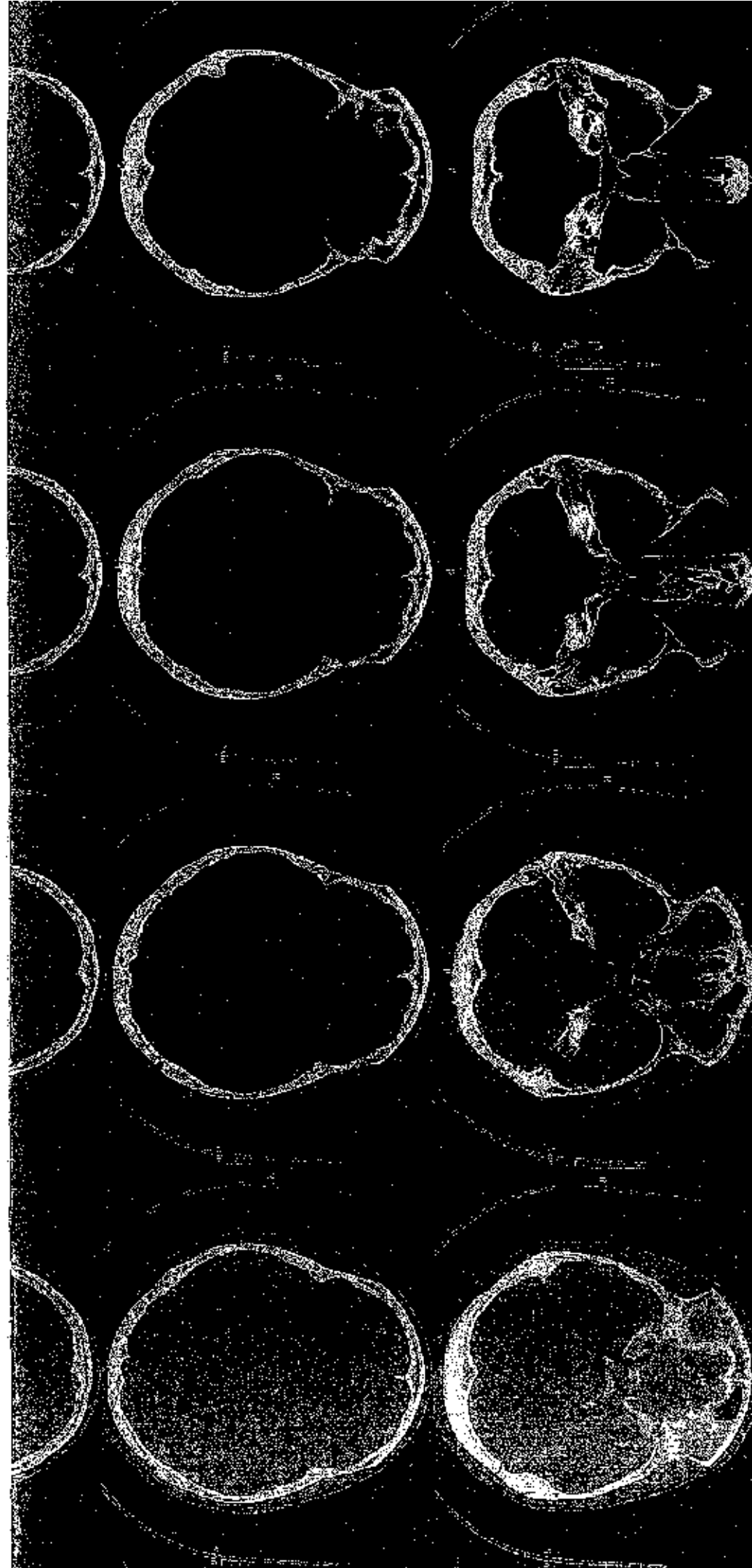


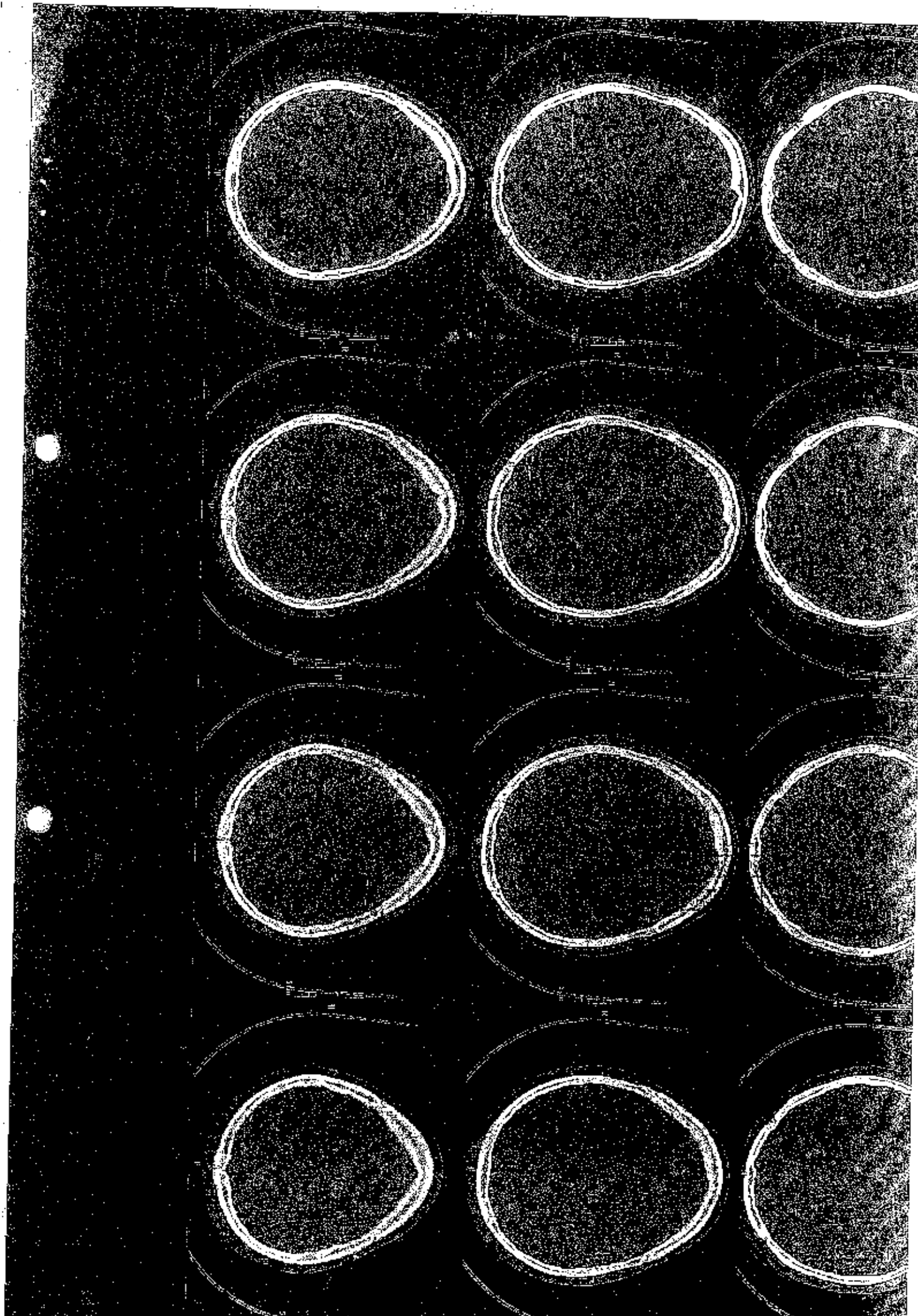
AYANE KARINE DA SILVA

27/10/01
10/10/01









Selma Cazuzza
Odontologia e Saúde

P/ Ayane Karine de Silva

Lendo Médico

4

Dados para dente fixo, que é pontal sem
 referto, deu entrada no Hospital universitário de
 UNIVAS, vítima de TCE por acidente automobilístico no
 dia 07/12/17; Glasgow 14, sem déficit, e Tomografia
 de crânio com fratura subdural linear, pequena
 contusão frontal e direita. Submetido ao tratamento
 conservador, permanecendo estável, sem deteriora-
 ção, liberado, dia 15/12/17. Deu entrada no dia
 20/12/17, com afecção interna, úlcera, necessitando
 cirurgia no dia 21/12/17, recebendo até dia 23/12/17.
 No entanto, com pouco alívio, pelo que, em que-
 rimento, foi submetido a cirurgia definitiva.

Rua Tomé Cayalcanti, 132 - Areia Branca - Petrolina / PE

(87) 3864-1380 / (87) 99639-1741

@seimacazuzzaodontologiaesaude

C.D { 506.5
 243.8

DRA. SELMA CAZUZZA
 Psicóloga - Saúde Mental
 CRIME 19486



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Atividade - 1002

Dezembro/2017

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AYANS KARINE DA SILVA

6 - ACOMPANHANTE

SIM

7 - FRONTUÁRIO

61092534

8 - CNS

704705758827838

9 - RG

10 - CPF

11451812442

11 - NASCIMENTO

01/08/1997

12 - SEXO

F

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 988126596

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUÁ TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2511101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 14 dias retorna com cefaleia

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HU - UNIVASF
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 05-10-2017marcelo andres pereira
Assessoria Administrativa
HU - UNIVASF
Data: 21/11/2018DEPARTAMENTO DE GINÁSIO
DE VESTIBULARES
CONTROLE DE GINÁSIO
21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Fátima, 713 Lapa 5
Rio de Janeiro - RJ
CNPJ: 07.000.000/0001-91

0403010314

S065

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC crânio: HSD de direita com dlm

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

28 - CID-10 PRINCIPAL

S06.8

29 - CID-10

30 - CID-10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

32 - CÓD. PROCEDIMENTO

303000092

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROF. SOLICITANTE)

2764867301

Medic. Residente Neurologia

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HEVERTY ROCHA ALVES NETO

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/12/2017

39 - CARIMBO EM REG. CONSELHO

21495-PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N.º BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - CÓD. ORGÃO

52 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA E CARIMBO IN REG. CONSELHO

Data: 21/12/2018

201810636 957-3

Gente

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51092534

Paciente: AYANE KARINE DA SILVA

Mãe: MARIA EUNICE DE JESUS DA SILVA

Endereço: RUA TRINTA E UM, nº 250 - VILA EULALIA / PETROLINA (PE)

CNS: 704705758827933

Doc. Identificação:

Nasc.: 01/08/1997 Idade: 20

Telefone: (87) 988126696

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente c/ histórico de TCE secundário
motocrânio (corno x moto) no 14 dia,
exclui ccc - Colúmbia interna -
vinte - de xifóides hop

Traz TC de crânio = 20/12/17

com HSD C de subfóvea e fratura

com dano de fratura média

em internamento / Plan. de
medicação sintomática

dieta LHO

Sobito bloco crânio

- SPO₂ - 90%, EV

- Non-fictine ramf + AD, EV

- Breuvorone ramf + AD, EV

- Viglone ramf + AD, EV

- Tenoxicam 20mg + AD, EV

- CC 84 + SSV

Ass. Paciente:

Saida:

Hora:

Neurocirurgia

NOME: AYANE KARINE DA SILVA		Prnt: 5109253/4
DIAGNOSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO A DIREITA		DATA CIRURGIA: 21/12/2017
PROCEDIMENTO: DRENAGEM DE HSDC		INÍCIO:
		TÉRMINO:
CIRURGIÃO: Dr. TIAGO GOMES	Anestesista: Dr. MARCIANA E DRA AMANDA	
1º aux: Dr. ERIVALDO FONSECA	2º Aux: DR HEVERTY	
Anestesia: geral		
1. Descrição: posicionamento decúbito dorsal, assepsia e antissepsia, posicionamento dos campos, posição cefálica vertida para esquerda e fixação com rodilha. 2. Incisão em parietal e frontal a direita. 3. Dissecção galeal e craniotomia com trepano cirúrgico, abertura da dura-máter e hemostasia com bipolar sob irrigação. 4. Saída de líquido petreo sob alta pressão. 5. Lavagem abundante com solução fisiológica, até saída de líquido claro. 6. Revisão da Hemostasia com bipolar. 7. Fechamento com nylon 3.0 ponto da pele. 8. Sem dreno. 9. Curativo compressivo.		

Assinatura e carimbo do médico

Dr. Erivaldo Fonseca
Médico - Residente
Neurocirurgia
CRM-PE 11.200 CRM-PE 11.200

Michael Mendes Pereira
Administrativo
CRM-PE 11.200 CRM-PE 11.200

HU-UNIVASF
CONTROLE DE QUALIDADE
2017

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

NLG

Identificação do Paciente

Nome: AYANE KARINE DA SILVA Chegada: 20/12/2017 12:50:35
Sexo: FEMININO Idade: 20
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 01/08/1997

Classificação de Risco

Queixa Principal: CEFALÉIA PERSISTENTE + VÔMITOS + HISTÓRIA DE TCE HÁ 13 DIAS

Fluxograma: CEFALÉIA Discriminador: HISTÓRIA DE TRAUMA

Parâmetros: Glicemia Capilar Escala de Coma de Glasgow: 15

Pulso Ritmo: Sat O2 (%)

Temperatura Timpânica 36 Escala de Dor: 5 PA

Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos URGENTE AMARELA Até 60 minutos POUCO VERDE Até 120 minutos NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos BRANCO

Fluxo Interno: NEUROCIRURGIÃO

Classificador: TÂMARA CRISTINA LOIOLA COREN / CRM: 184758 PE Hora de Início CR: 20/12/2017 12:57:16 Hora de Fim CR: 20/12/2017 12:55:16

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminador:

Parâmetros: Glicemia Capilar Escala de Coma de Glasgow:

Pulso Ritmo: Sat O2 (%)

Temperatura Timpânica Escala de Dor: PA

Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos URGENTE AMARELA Até 60 minutos POUCO VERDE Até 120 minutos NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos BRANCO

Fluxo Interno:

Classificador: COREN / CRM: Hora de Início CR: Hora de Fim CR:

Michelle Mariana Pereira
Assistente Administrativo
UFPA - 2017/2018

UFPA - UNIVASE
CONVÊNIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA

DATA DA ADMISSÃO: 20/12/17

IDADE: 20 ANOS

DATA DA ALTA: 23/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

PACIENTE DEU ENTRADA COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA 15 DIAS EVOLUINDO COM CEFALÉIA. REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO TEMPORO-PARIETAL A direita. FOI REALIZADO, NO DIA 21/12, DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO POSTERIOR DE CONTROLE MOSTROU REDUÇÃO IMPORTANTE DO HEMATOMA. O PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA NEUROLÓGICA, EGG 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREGANTES, SEM DÉFICIT MOTOR, MEMÓRIA PRESERVADA, SEM OUTRAS QUEIXAS, TENDO, PORTANTO, CONDIÇÕES DE RECEBER HOJE ALTA MÉDICA COM ORIENTAÇÕES.

Recebe Alta após discussão com equipe neurológica do HU.

HD: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CID 10: S06.5

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

1- DAPIRONA 1000MG, VIA ORAL, 6/6H, SE DOR.

ORIENTAÇÕES

ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA.

MARCAR CONSULTA E TRAZER EXAMES DE IMAGEM.

RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS EM USF.

FAZER ACOMPANHAMENTO COM CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PETROLINA, 23 DE 12 DE 2017.

Dr. Heverly Rocha

Médico - Residência Neurológica

CREMESP 12345

Médico

Michelle Mendes A. Silva
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
Setor 12-15-2062

HU - UNIVASF
CONFIRMAR COM 10 DIAS
12/17

Not A.C.T.

Doc. Identificação: _____

P.A = 140 x 90 mmHg HGT = 125 mg/dL

ANAMNESE DO MÉDICO

W.D. - acidente motorciclístico
H.A. - paciente vítima de
acidente de trânsito. Não lembra
do acidente.
E.G.R. - vítima de homicídio,
consciente de ocorrência (+)
S.G.P. - T4
H.D. - acidente de trânsito e morte
M.S. - vítima de acidente de trânsito
em ponto específico
H.D. - T.E.F.

DOCUMENTO DE SIGNATURAS

TEA /
Futura 2 gumbos

7-20-61 - 10 1/2% - 1000

~~2) Diketahui & Ditanya~~

11/11/2019

[illegible]

43 $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

55 Fall 01  Name _____

6. ~~FOUO~~ ~~CONFIDENTIAL~~ ~~SECRET~~

16-17-1993

2015/12/14

07/12/18
JC [Signature]

Paciente: Dr. Orlando

Dr. João Queiroz
Mastologia / Cirurgia Geral
Fones: 3341.2204 - Celular: 3341.1111

11
 1943
 Michael J. O'Sullivan
 Assistant Administrator
 U.S. Customs Service
 1943

Said

Flora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATORIO / ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebeu alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

PACIENTE NECESSITA 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A
CONTAR DA DATA DA ALTA HOSPITALAR.

HD: TCE

CID 10: S06.9

Michelle Mendes P. de O. M.
Assistente Administrativo
HUUSF - NCR - 15/12/2017

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Rayssa S. F. de S.
Medicina
Medico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UNIVASF
COMPROVANTE VERIFICADO
27/12/2017
SIA
ANEXO 1
UNIVASF - PETROLINA

HUUSF
NCR - 15/12/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: AYANE KARINE DA SILVA
DATA DA ADMISSÃO: 07/12/17

IDADE: 20 ANOS
DATA DA ALTA: DA NCR: 15/12/17

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada neste serviço vítima de TCE por acidente motociclístico. Admitido com ECG 14, isocórico, sem déficits. Realizou TC de crânio evidenciou HSDA laminar e pequena contusão em região frontal à direita, sem desvio de linha média. Paciente foi submetido a tratamento conservador, evoluindo com melhora clínica e neurológica. Permaneceu estável, sem intercorrências durante internamento. Realizou tc de controle que mostrou sinais de reabsorção da lesão. Recebe alta após discussão com equipe de NCR do HU, em BEG, Glasgow 15, isocórico, sem déficits neurológicos.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE

CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR

- 1- DAPIRONA 500MG 01 CP VO 6/6H SE DOR;
- 2- Nimesulide 100mg tomar 1 cp de 12/12h se dor por 5 dias
- 3- FENITOINA 100MG, TOMAR 1 CP DE 8 EM 8HS



ORIENTAÇÕES

Acompanhamento no ambulatorio da neurocirurgia;

Marcar consulta e fazer exames de IMAGEM;

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Michael Mendes Pirelli
Chefe de Administração
HU UNIVASF / EB SERH
SINTE 240 2992

PETROLINA, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Dra. Raissa B. Vilela
CRM: 15.548
Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SEFAZ-Secretaria da Fazenda
Coordenação Tributária
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

201836764

Data e Hora de Emissão

08/02/2018 10:30:11

Código de Verificação

82E16083B

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica, poderá ser confirmada na página da PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO na Internet, no endereço <http://sejuazeiro.metropolisweb.com.br/metropolisWEB/>

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 10.776.008/0001-06

Inscrição Estadual

Inscrição 0015932001

Nome/Razão CENTRO DE DIAG POR IMG DE JUAZEIRO LTDA

Endereço: AVENIDA ADOLFO VIANA, 1

Bairro: ALTO DA MARAVILHA

Município: Juazeiro

UF: BA

CEP: 46903-530

Email: multimagem.juazeiro@meddi.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/CRI: 114.518.124-42

Inscrição

Inscrição Estadual: 0

Nome/Razão AYANE KARINE DA SILVA

Endereço: R Duarte Coelho, 239, CASA

Bairro: Vila Eduardo

Município: PETROLINA

UF: PE

CEP: 56328-160

Email:

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S): Juazeiro

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A RNM DE CRANIO E CONTRASTE



VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

ATIVIDADE

0008640206 - SERVIÇOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS: ()

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletrividade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrasonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Valor Total Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISSQN Retido (R\$)
0,00	800,00	4,00	32,00	Não

RETENÇÃO DE IMPOSTOS

P/S (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS RETENÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 800,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

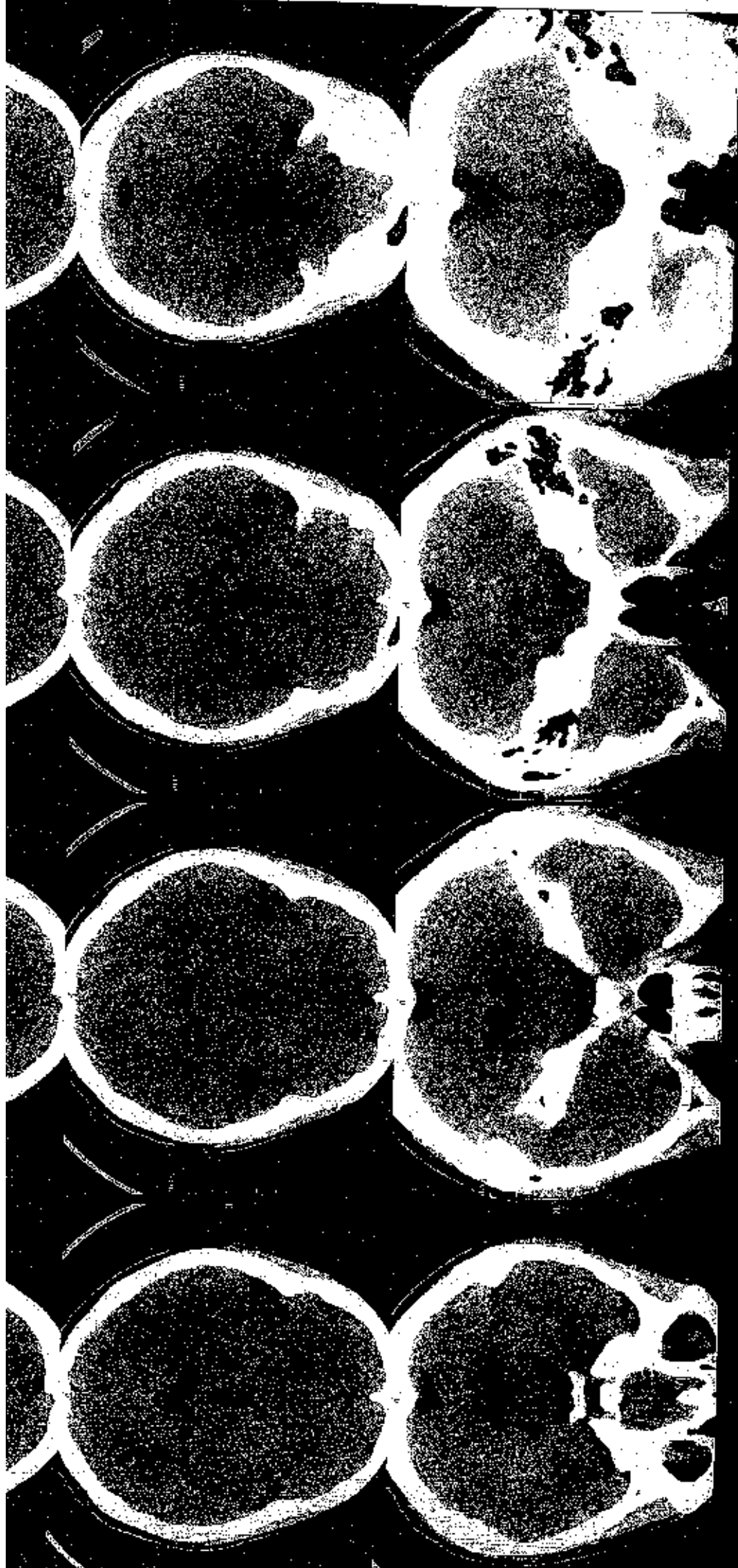
Competência: 02/2018 - Tributado no Município de Juazeiro - Responsável Recolhimento: Prestador

AYANE KARINE DA SILVA

271821

10 Jan 2014

20X



A



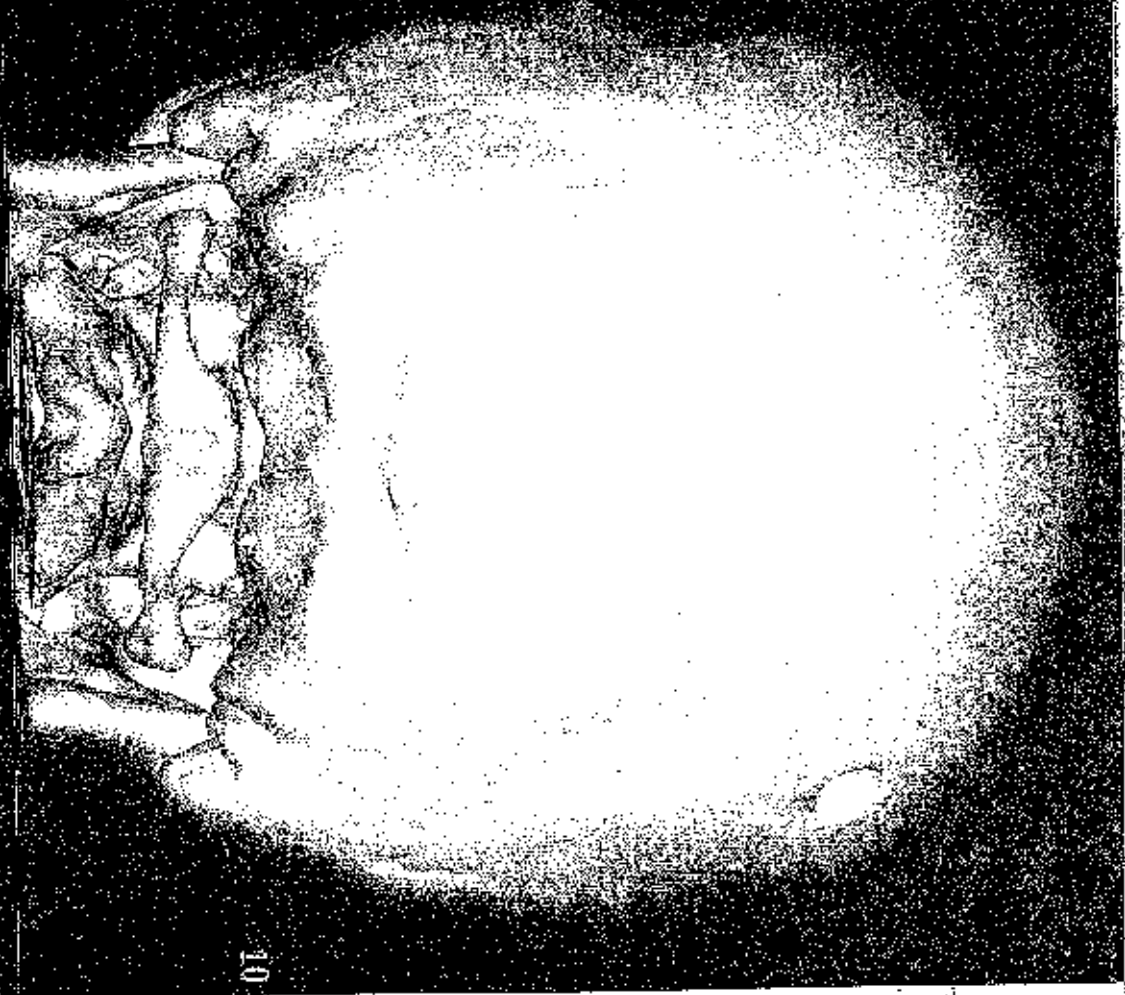
10 cm

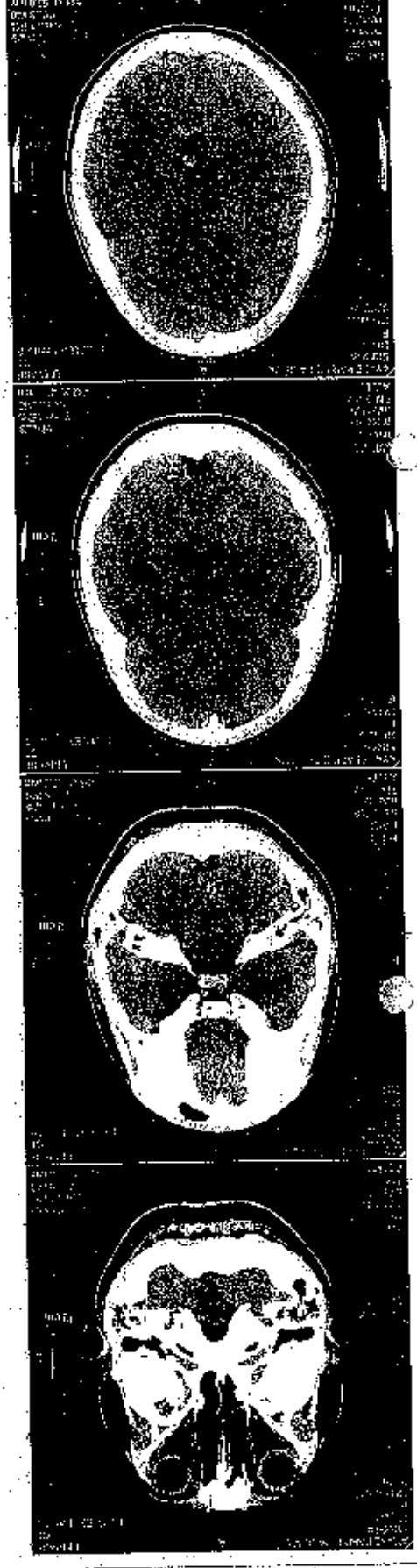
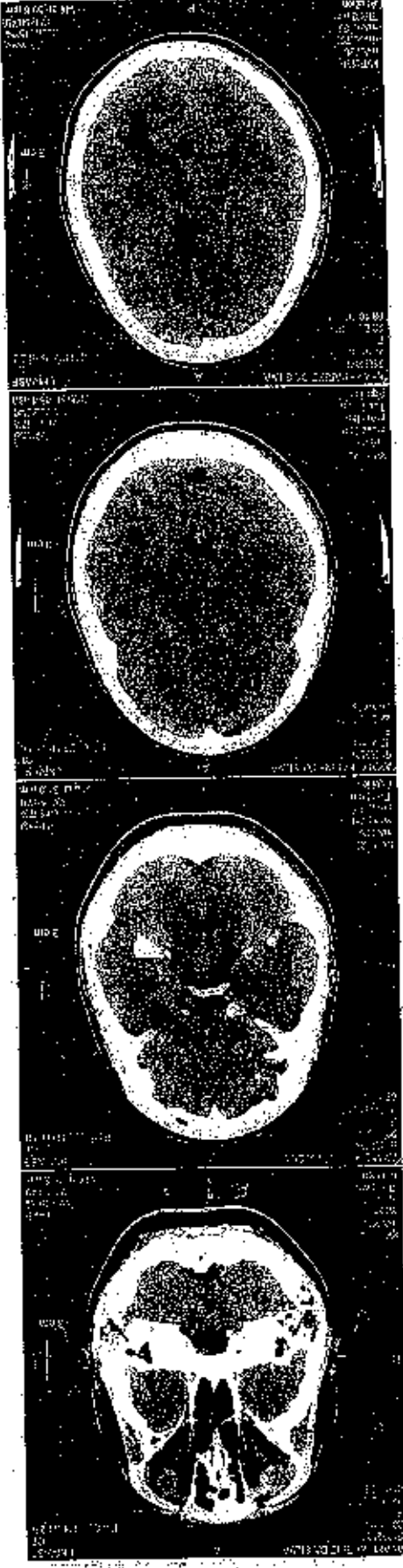
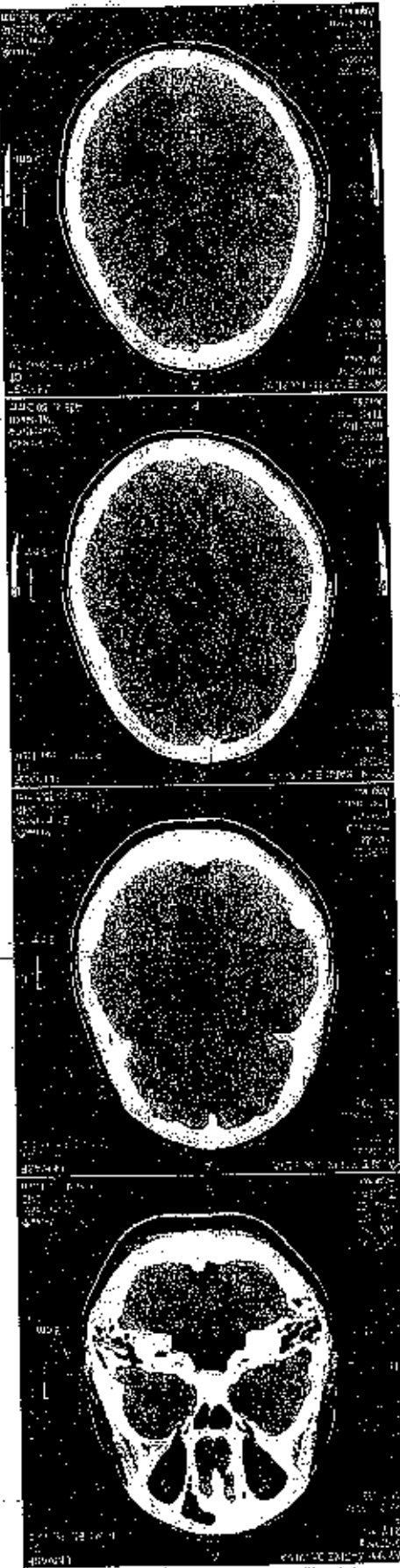
H



10

H
R A







AYANE KARINE DA SILVA

27/10/01
10/10/01

