

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: 18/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000025543-8

Nr. da Autenticação A87A6A2E66A6BA8D

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Nº Sinistro: 3180150519
Vitima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Data do Acidente: 09/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180150519**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12615341



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180150519**

Vitima: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180150519**.

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 12617776



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Sinistro: **3180150519**
Vítima: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Data do Acidente: **09/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180150519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858489

A/C: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Nº Sinistro: 3180150519
Vítima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Data do Acidente: 09/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **0000025543-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

129.415.334-00

Diogo Tomas de Almeida Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Diogo Tomas de Almeida Santos		CPF titular da conta 129.415.334-00	Profissão Agricultor
Endereço FZ Sta Rita		Número 2009	Complimento Casa
Bairro Zona Rural	Cidade São José do Egito	Estado PE	CEP 56700-000
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1296 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
CONTA NRO. 05.543 D/V 8 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada, 07 de 03

Local e Data

x Diogo Tomas de Almeida Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 06/02/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1296 SAO JOSE DO EGITO OPER: 013 CONTA: 25.543-8
PERIODO: 06022018 ATE: 06022018 CPF: 129.415.334-00
NOME: DIOGO TOMAS DE A SANTOS VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEX45EAE
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000262**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/02/2018 às
10:13

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 9/12/2017 às 14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO
SANTA RITA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO - Bairro: CENTRO - SAO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTRADA
VICINAL**

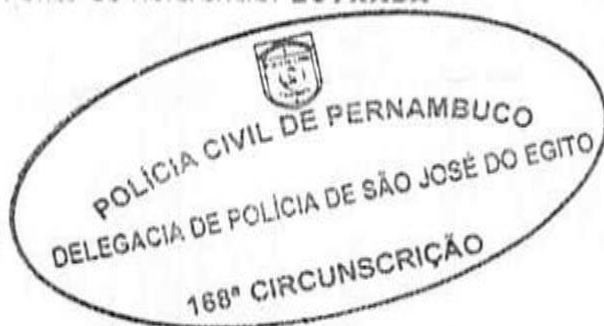
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR VAGANTE)
DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS



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

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino
CRISTIANE SANTOS SOARES Pai: **DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **13/11/1999** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10003664/SDS/PE (RG), 12041533400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º**
GRAU COMPLETO Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 87996699173**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DA OUTRA
BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 4 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA
DE FÁTIMA DE ALMEIDA** Pai: **JOSÉ TOMÁS DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **18/6/1978**
Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5001202/SSP/PE
(RG), 20786333218 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**



Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87898461888**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 6 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFZ2189** (PERNAMBUCO/SÃO JOSÉ DO EGITO) Renavam: **482647845** Chassi: **0C2KD6666CR301279**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA/NXR-150 BROS/ES**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL, A PESSOA DA VÍTIMA DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, NOTICIANDO DE QUE NO ÚLTIMO DIA 09/12/2017, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS, DEPOIS DE MAIS UM DIA DE FEIRA, AONDE O MESMO NOS MOMENTOS DE FOLGA DA ESCOLA AJUDA OS PAIS, QUANDO SE DESLOCAVA DESTA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO EGITO PARA A SUA RESIDÊNCIA NO SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA PELA ESTRADA VICINAL QUE DAR ACESSO AQUELE SÍTIO, EM SUA MOTOCICLETA HONDA NXR-150 BROS ES, PLACA PFZ-2189, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SANTA RITA, O MESMO DERRAPOU E VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA, E FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA, O QUAL FOI TRAZIDO PARA O HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA E FOI EXAMINADO PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. DIOGO ARAGÃO DE SIQUEIRA, O QUAL CONSTATOU A FRATURA DA TÍBIA DA PERNA DIREITA, DIANTE DOS FATOS RELATADOS A VÍTIMA PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO.

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

Diogo Tomas de Almeida Santos

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
(VÍTIMA)

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA
(TESTEMUNHA)



S.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA** - Matrícula: **3288676**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000529**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/04/2018** às
09:12

Complementa o BO Número: 18E0258000262

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **9/12/2017** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO
SANTA RITA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO** - Bairro: **CENTRO - SÃO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTRADA
VICINAL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO FERREIRA DE BRITO (OUTRO)
DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS



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

**DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
CRISTIANE SANTOS SOARES Pai: DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA Data de Nascimento:
18/11/1999 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10803654/SDS/PE (RG), 12941533408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 87999889173**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DA OUTRA
BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA

DE FÁTIMA DE ALMEIDA Pai: **JOSÉ TOMÁS DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **18/6/1976**
Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881292/SSP/PE**
(RG), **26786333818** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87999461988**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLAUDIO FERREIRA DE BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO FERREIRA DE BRITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFZ2189** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO EGITO) Ranavam: **482617846** Chassi: **9C2KD0550CR301270**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA/NXR-150 BROS/ES**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL, A PESSOA DA VÍTIMA DIOGO TOMÁS DE ALMEIDA SANTOS, NOTICIANDO DE QUE NO ÚLTIMO DIA 09/12/2017, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS, DEPOIS DE MAIS UM DIA DE FEIRA, AONDE O MESMO NOS MOMENTOS DE FOLGA DA ESCOLA AJUDA OS PAIS, QUANDO SE DESLOCAVA DESTA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO EGITO PARA A SUA RESIDÊNCIA NO SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA PELA ESTRADA VICINAL QUE DAR ACESSO AQUELE SÍTIO, EM SUA MOTOCICLETA HONDA NXR-150 BROS ES, PLACA PFZ-2189, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SANTA RITA, O MESMO DERRAPOU E VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA, E FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA, O QUAL FOI TRAZIDO PARA O HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA E FOI EXAMINADO PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. DIOGO ARAGÃO DE SIQUEIRA, O QUAL CONSTATOU A FRATURA DA TIBIA DA PERNA DIREITA, DIANTE DOS FATOS RELATADOS A VÍTIMA PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO.

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

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
(VITIMA)

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA** - Matrícula: **3389876**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Silvio Romero Lucena Patriota", written over a horizontal line.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Diogo Tomas de Almeida Santos 109.415.334-00 09-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

EXCELSOR SEGUROS
03 ABR 2018
SEGURO DPVAT

S. Talhada 07 de 03 de 2018

Local e Data

X Diogo Tomas de Almeida Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 18/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000025543-8

Nr. da Autenticação A87A6A2E66A6BA8D



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16
Bairro: Antonio Marinho
Fone: (87)3844-1192 Cep: 56700-000

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte interessada. Dou fe, Sao Jose do Egito, 07/02/2018. Em testemunho da verdade. MARIA OLENEVA RAFAEL Siqueira
TOTAL: 4,09 \$VALIDO GOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.DSN01201801.01916

Data: 10/08/2017 Hora: 08:03:13

Cod. Paciente: 20057

Paciente: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Atendimento: CONSULTA
Mae: CRISTIANE SANTOS SOARES
Nascimento: 18/11/1999
Profissao: ESTUDANTE
Estado Civil: N.INF.
Endereco: LAGOA DA OUTRA BANDA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613602
C.N.S.:
CPF:
Digitador: ANA CAROLINE

Pat/Resp. DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA
Cor: BRANCA Sexo: F
Fone:

Identidade: 10.063.654 SDS PE
Reg. Nasc.

Num.

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ CARDIOPATIAS ☐ DM ☐ OUTROS

HABITOS: ☐ FUMANTE ☐ ETILISTA ☐ USUARIO DE DROGAS

PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA
110 x 90 mmHg				
ESCALA DE DOR				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
LVE MODERADA INTENSA				

QUEIXA PRINCIPAL

Torção
Evolução Médica
Christiane Gaijal

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Confere com o original
Data: 29/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Dr. Diogo Araújo de Siqueira
MÉDICO
CRM/PE 23762

28/10/2017 às 18:33
Acidente de Moto

Torção lateral em ombro C.

Pr. na ulnar

09/12/17

Fração do 43
muito de per
acidente de moto

LACELSIOR SEGURO
03 ABR 2018
SEGURO DOPAT
P - 7m

M^o do Socorro Monteiro da Silva
Téc de Enfermagem
COREN-PE 56706

1) Tumor 10cm OK, 16.10.6
OAFs x 10cm 50.8%,
SV. ante. OK

2) Tumor 10cm 6cm 4p.



sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.

DADOS DO CLIENTE
LARIAS TOMAS DE ALMEIDA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ. GARITA 2009

CPI# 267 063.33H-10

SÃO JOSÉ DO EGITO - RURAL/SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO EGITO PE
56700-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Morf. básico

CONTA CONTRATO	MES(ANOS)
7026033521	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LÍQUIDA
31/01/2018	22/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	37,05

NR DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
003045026	UNICA	24/01/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/01/2018	2015180283	5022189

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,17110303	5,13
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,39347377	20,54
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	25,00000000	0,44021085	11,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,30

TOTAL DA FATURA

57.05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31704737	CA1	26/12/2017	167,00	24/01/2018	882,00	29	1,00000		128,00

HISTORICO DE CONSUMO

JAN 18	128
DEC 17	131
NOW 17	121
OCT 17	116
SEP 17	104
AUG 17	91
JUL 17	
JUN 17	
MAY 17	
APR 17	
MAR 17	
FEB 17	
JAN 17	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
	37,08	0,72	
	37,08	3,39	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 14,30	35,33%
Transmissão	R\$ 1,60	4,05%
Distribuição (Custeio)	R\$ 12,38	31,36%
Perdas de Energia	R\$ 3,71	9,01%
Encargos Materiais	R\$ 3,67	9,01%
Tributação	R\$ 1,51	4,00%
Total	R\$ 37,88	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Alcool superior a 30 ml a 100 km/h	0,2614130
Consumo Alcool superior a 100 ml a 220 km/h	0,4221608

[illegible]

7005 DB54 2.540191 DIPALY 014508 2005

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Os dados mostram que, em 2016, a maioria dos brasileiros (74%) declarou não saber, para o momento, qual o impacto ambiental das atividades de exploração de petróleo e gás. Já em 2015, esse percentual era de 67%. Em 2014, 60% dos brasileiros não sabiam qual o impacto ambiental das atividades de exploração de petróleo e gás. Já em 2013, 53% dos brasileiros não sabiam qual o impacto ambiental das atividades de exploração de petróleo e gás.

EXCELSIOR 03 ABR 2016



Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.838.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

003304639 UNICA 26/09/2017
26/09/2017 2000136269 30/07/2017

2278078019 09/2017
03/10/2017 28/10/2017
213,68

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	278,0000000	0,87318022	186,78
Acrescimo Bandeira AMARELA			6,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,87
Contribuição Iluminação Pública			7,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 002147168-19/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 002632123-22/09/17			3,27
Multa por atraso-NF 002147168-19/07/17			2,93
Juros por atraso-NF 002147168-19/07/17			1,32
Juros por atraso-NF 002632123-22/09/17			1,19
Atualização IOPM-NF 002632123-22/09/17			0,10
PRO-CRIANÇA-(091)3412-8880 0000 021 6000			0,60

TOTAL DA FATURA

213,68

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	IP DE CONTANTE	DIAS	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010216219	CAT	22-09-2017	13 836,00	28-09-2017	13 912,81	35	1,00000		278,00

MÊS	VALOR	ICMS	PIS	COPRES	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
SET 17	278								
AGO 17	237								
JUL 17	300								
JUN 17	264								
MAI 17	313								
ABR 17	262								
MAR 17	270								
FEB 17	336								
JAN 17	341								
DEZ 16	186								
NOV 16	182								
OCT 16	244								
SET 16	192								

Para obter o boleto e a fatura em vigor, é necessário acessar o site da Companhia. Mais informações sobre os serviços e tarifas, consulte o site da Companhia. O boleto é considerado válido quando for pago até o vencimento. A Companhia não se responsabiliza por erros de digitação ou por falhas de comunicação. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso dos serviços. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso dos serviços. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso dos serviços.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								
CONSUMO	278								

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
2278078019 09/2017 03/10/2017 213,68
83830000002-0 13680011002-9 27807801910-0 09348487663-0



EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2018
SEGURO DENVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/ 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diogo Tomas de Almeida Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.415.334/ 00, do sinistro de DPVAT cobertura Validade da Vítima Diogo Tomas de Almeida Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129.415.334/ 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Número	Complemento
<u>R. Francisco Olavo</u>		<u>110</u>	<u>Cana</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ipapep</u>	<u>Serra Talhada</u>	<u>PE</u>	<u>56912-130</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

S. Talhada, 07 de 03 de 2018
Local e Data

Rosana Lole M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEICULO

Eu, **CLAUDIO FERREIRA DE BRITO**, brasileiro, solteiro, agricultor, pensionista, residente e domiciliado na Rua Souza Filho, nº 99, Bairro São Borja, nesta cidade de São José do Egito-PE, portadora da C.I.R.G. nº 000489680-SSP-RONDONIA. Data da Expedição 28/07/1992, portador do C.P.F. Nº 831.244.204-97. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, cujo o condutor era DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS.

VEICULO: MOTO

MODELO: HONDA/NXR 150 BROS ES

ANO: 2012

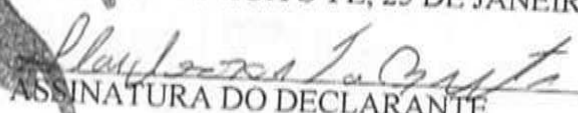
PLACA: PFZ-2109

CHASSI: 9C2KD0550CR301279

DATA DO ACIDENTE: 03/12/2017

LOCAL E DATA: SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, DESTE MUNICÍPIO, NO DIA 08 DE DEZEMBRO DE 2017.

SÃO JOSÉ DO EGITO-PE, 25 DE JANEIRO DE 2018


ASSINATURA DO DECLARANTE


ASSINATURA DO CONDUTOR

Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (1)CLAUDIO FERREIRA DE BRITO, (1)DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 26 de janeiro de 2018, 10:40h
Em Testemunho da verdade.
MARIA OLENEVA RAFAEL - Rabelia
Total: 9,58 *VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.WYX01201801.00924, 0074896.C6Y01201801.00925

Cartório 2º Ofício
Rua Carlos de Almeida nº 32
São José do Egito-PE
Maria Oleneva Rafael de Araújo

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2018
SEGURO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180150519

Nome do(a) Examinado(a): DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): um, sn - São José do Egito/PE - CEP 56700-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 10063654 - sds-pe - 20/10/2014

Data e Local do Acidente : 09/12/2017 - São José do Egito/PE

Data e Local do Exame : 15/05/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de tibia diafisária direita

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

Tratado cirurgicamente com fixador externo, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com consolidação viciosa da fratura, com déficit de força do membro inferior direito de grau moderado, alteração da marcha (++-++++), com mobilidade do membro preservada, presença de hipotrofia muscular local, com cicatriz cirúrgica.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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

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

Limitação funcional de grau moderado do membro inferior direito, com consolidação viciosa da fratura, hipotrofia muscular local.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

membro inferior direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) Senhor (a) DIOGO TOMÁS DE ALMEIDA SANTOS compareceu a este estabelecimento para consulta médica no ano 2017 conforme ficha/prontuário nº 20.057. Informamos que a cópia fornecida por esta Unidade Hospitalar confere com o original que se encontra em nosso arquivo à disposição do DPVAT para quaisquer esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 29 de JANEIRO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Assinatura e carimbo





HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16
Bairro: Antonio Marinho
Fone: (87)3844-1192 Cep: 56700-000

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica
do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte
interessada. *[Assinatura]*
Dou fe, Sao Jose do Egito, 07/02/2018.
Em testemunho da verdade.
MARIA DLENEVA RAFAEL Siqueira
TOTAL: 4,09 AVALIADO GOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.DSN01201801.01916

Data: 10/08/2017 Hora: 08:03:13

Cod. Paciente: 20057

Paciente: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Atendimento: CONSULTA
Mae: CRISTIANE SANTOS SOARES
Nascimento: 18/11/1999
Profissao: ESTUDANTE
Estado Civil: N.INF.
Endereco: LAGOA DA OUTRA BANDA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613602
C.N.S.:
CPF:
Digitador: ANA CAROLINE

Pal/Resp. DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA
Cor: BRANCA Sexo: F
Fone:

Identidade: 10.063.654 SDS PE
Reg. Nasc.

Num.

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ CARDIOPATIAS ☐ DM ☐ OUTROS

HABITOS: ☐ FUMANTE ☐ ETILISTA ☐ USUARIO DE DROGAS

PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA
110 x 90 mmHg				
ESCALA DE DOR				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
LVE MODERADA INTENSA				

QUEIXA PRINCIPAL

Tumor

EVOLUÇÃO MÉDICA

Chirurgical Gairol

28/10/2017 às 18:33

Acidente de Moto

Tumor interno em ombro C.

Pr. na ulnaria

09/12/17

Fração do 43
muito de per
acidente de moto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Confere com o original

Data: 29/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Dr. Diogo Tomaz de Almeida
MÉDICO
CRM/PE 23762

LACELSIOR SEGURO
03 ABR 2018

SEGURO DDPAT
P - 7m

M^o do Socorro Monteiro da Silva
Téc de Enfermagem
COREN-PE 56706

1 Tumor 10 cm OK, 16:10h
01 x 10 cm 50.8%,
SV. ante. OK
2 Tumor 10 cm OK

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES

2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

129.415.334-00

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

705106414047370

6 - SIS PRE NATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

000149129

9 - NOME DO PACIENTE

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

10 - DATA DE NASCIMENTO

18/11/1999

11 - SEXO

Masculino

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CRISTIANE SANTOS SOARES

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 9946-1900

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

FAZENDA SANTA RITA

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO JOSE DO EGITO

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PE 56700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Paciente com história de acidente de moto com lesão no MID. apresentando dor, rubor e perda da função do MID

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

Rx / EXAME FÍSICO

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA D

22 - CID - 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID - 10 SECUNDÁRIO

25 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO CIRURGICO

28 - CLÍNICA

306 - TRAUMA FEM. D

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01

30 - DOCUMENTO

IX | CNS | | CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

040805050

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/12/2017

34 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Mauriciana Pereira Ferreira

CPF: 035.473.934

CRM: 18278
Diretora Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS PREEXISTENTES)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - NOME DA EMPRESA

43 - CHOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ | CNS | | CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Ilô Pereira de Andrada Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2617107832354

MOTIVO DA ALTA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

02
18/12/17

21/12/17

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO
11/12/17 13:29

MÉDICO SOLICITANTE:
FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

Nº SOLICITAÇÃO
393916

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
705106414047370

DATA DE NASCIMENTO:
18/11/1999

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
CRISTIANE SANTOS SOARES

TELEFONE DE CONTATO:
87999461900

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
SÍTIO LAGOA, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SÃO JOSÉ DO EGITO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
2613602,00

UF:
PE

CPF:
56700000

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
18/12/17 15:28

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

TIPO LEITO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
16/12/17 18:10

MÉDICO AUTORIZADOR:

EXCELSIOR SEGURO

03 ABR 2018

SEGURO

Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 18/12/2017		Nº Registro: 000149129	
Identificação do Paciente: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS		306 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 18/11/1999	Idade: 18	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA		Mãe: CRISTIANE SANTOS SOARES	
Endereço: FAZENDA SANTA RITA		2009	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SAO JOSE DO EGITO	Estado: PE	Telefone: (87) 9946-1900

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Outros Acidentes <input type="checkbox"/>	Agressão <input type="checkbox"/>
Suicídio <input type="checkbox"/>	Casual <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
Endereço:	

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

TRAUMA MC @, CI PR, ODEMA
E LAMITAÇÃO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial

FRAT. OSSOS PORNA @

S.A.D.T

Diagnóstico Final

FRAT. PORNA @



CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>

Óbito em: / /

hora: :

Data do Internamento: 18.12.17

Data da Alta: 19.12.17

Local: RSCS

Medico Responsável: [Assinatura]

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

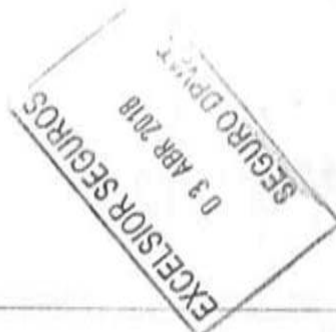
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① DCTE EM ODM
- ② ASSEPTA / ANTISTÉPSIA
- ③ POSIÇÃO CAMBOS ESTERÉIS
- ④ REDUÇÃO ANCELOMATA
- ⑤ FIXAÇÃO CI FIXADOR EXTERNO
- ⑥ CURATIVO



Assinatura do Cirurgião

Dr. Amílcar F. A. P.
28-10-17

09-12-17
R. K. Amílcar F. A. P.
R. K. Amílcar F. A. P.

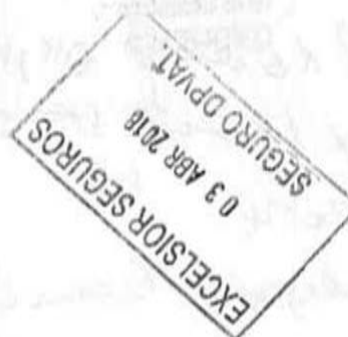
22
12
17 Curativo Admairson

23.12.17 curativo 10:40 h
01/01/18 Curativo realizado 18:20

Confere com o original

Data 29/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.063.654 DATA DE EMISSÃO 20/10/2014

NOME << DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS >>

COLOCAÇÃO << DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA >>
<< CRISTIANE SANTOS SOARES >>

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO EGITO - PE DATA DE NASCIMENTO 18/11/1999

DOC. ORIGEM << CN.27031 L.A97 F.123V CART.SÃO JOSÉ DO EGITO-PE-26/11/1999 >>

CPF 129.415.334-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

F-62 54.253 - 3023

EXCELSIOR SEGURO
03 ABR 2018
SEG-131

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DIRETORIA NACIONAL DE LICITAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8870802 SDB PE

CIF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

FILIAÇÃO
ARCENO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
19/11/2019

II HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

47011846458
PM043050153

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017067334

PERMISSÃO PLACATIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2018
SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 02 de 03 de 2018

X Diogo Gomes de Almeida Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180150519 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180150519 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica, consolidação viciosa, hipotrofia muscular da perna direita com diminuição da força do membro inferior direito e alteração da marcha.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixador externo.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica (04/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Diogo Tomas de Almeida Santos

portador(a) do documento de identidade nº 10.063.634, expedido por SDS/PE, em

20/10/2014 inscrito no CPF sob o nº 129.415.334-00, residente na

FZ Sta Rita, nº 2009

complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade

São José do Egito, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

S. Talhada, 05 de 02 de 2018

Outorgante X Diogo Tomas de Almeida Santos

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Dou fe. São José do Egito, quarta-feira, 7 de fevereiro de 2018 - 10:22h
Em Testemunho da verdade.
MARIA OLENEVA RAFAEL - Tabelião
Total: 4,79 \$VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.LL601201801.01955

Cartório 2º Ofício
Cantão da Moura
Rua Paulo Soares nº 32
São José do Egito - PE
Titular: Maria Olenova Rafael
Subst. Antônio Lincoln Barbosa Araújo

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2018
SEGURO DPVAT.