

# 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: 00000025543-8

---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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**

---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta n°: 12858489

A/C: 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

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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	129.415.334-00	Diogo Tammam de Almeida Santo

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Diego Tomaz de Almeida Santos</b>		CPF titular da conta <b>109.415.334-00</b>	Profissão <b>Agricultor</b>
Endereço <b>Faz Sta Rita</b>		Número <b>2009</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>Zona Rural</b>	Cidade <b>São José do Egito</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>56700-000</b>
Email	Telefone (DDD) <b>98</b>		

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

#### **FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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. Tal Rada, 07 de 03  
Local e Data

Diogo Tomás de Almeida Soárez  
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	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	SALDO EM 05/02/2018	R\$ 0,00	TEX45EAE
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F7 VOLTAR	PAG.	F12 FINALIZAR
		F8 AVANCAR	PAG.	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO EGITO - DP168°CIRC DINTER2/20°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 DESTE 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/VAGENTE)  
 DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)  
 DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

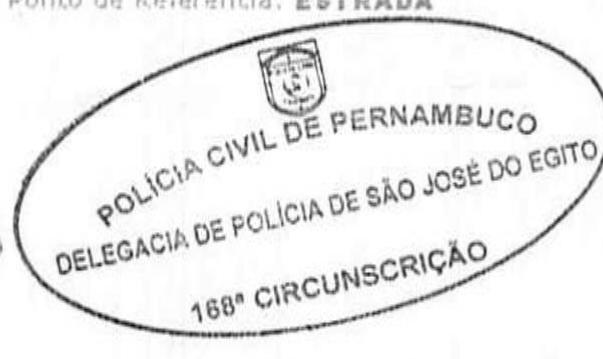
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
 DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

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

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 CRISTIANE SANTOS SOARES Pai: DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA Data de Nascimento:  
 13/11/1989 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
 10003664/SDS/PE (RG), 12941533400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade:  
 GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:  
 - 87986699173

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DA OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA DE ALMEIDA Pai: JOSÉ TOMAS DE ALMEIDA Data de Nascimento: 18/6/1975 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5891282/SSP/PE (RG), 26786333818 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 4º, GRAU INCOMPLETO



Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87599461960

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE 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/NXR Objeto apreendido: Mão  
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PFZ2169 (PERNAMBUCO/SÃO JOSE DO EGITO) Renavam: 482617845 Chassi: 0C2KD0886CR301270  
 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 05/12/2017, 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 deste pela estrada vicinal que dar acesso aquele sítio, em sua motocicleta Honda NXR-150 Bros ES, placa PFZ-2169, nas proximidades do Sítio Santa Rita, o mesmo derrapou e veio a cair da motocicleta, e foi socorrido pela pessoa de Damiano 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

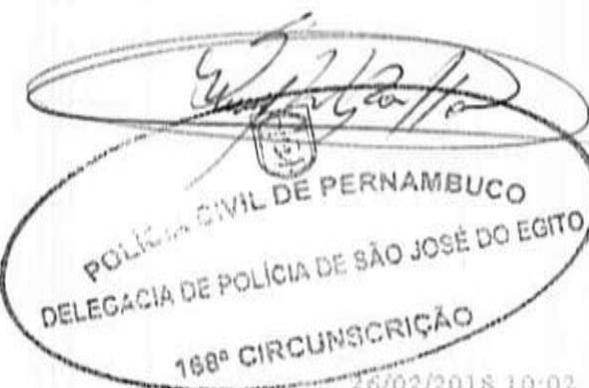
*Diogo Tomás de Almeida Santos*

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS  
 (VITIMA)

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA  
 (TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 3289676





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0258000529**

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

Completa 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 DESTE MUNICÍPIO** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ 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 ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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), 12941833488 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 87988889173**

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** Pat: **JOSÉ TOMAS DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **18/6/1976**  
 Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881292/SSP/PE**  
**(RG): 28786333818 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
 Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
**- E7999461988**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 5 - 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: **PFZ2169** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO EGITO) Renavam: **482617846** Chassi: **9C2KD9556CR301270**

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-2169, 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 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: **3889876**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

*Diogo Tomás de Almeida Santos*

CPF da Vítima

*309.415.334-00*

Data do Acidente

*09-12-2017*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

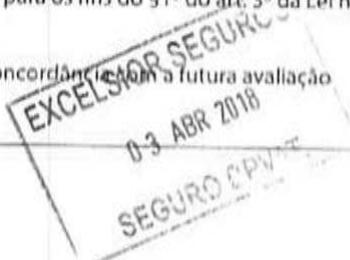
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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.



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

*Diogo Tomás 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: 00000025543-8

---

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 regrapicada do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte interessada. Dou fe, São José do Egito, 07/02/2018. Em testemunho, MARIA OLENEVA RAFAEL. Total: 4,09 \*VALIDO SOMENTE 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

Pai/Resp. DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA

Profissao: ESTUDANTE

Cor: BRANCA

Sexo: F

Estado Civil: N-INF.

Fone:

Endereco: LAGOA DA OUTRA BANDA

Num.

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2813602

Identidade: 10.063.654 SDS PE

C.N.S.:

CPF:

Reg. Nasc.

Digitador: ANA CAROLINE

ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> OUTROS
---------------	------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

HABITOS:	<input type="checkbox"/> FUMANTE	<input type="checkbox"/> ETILISTA	<input type="checkbox"/> USUARIO DE DROGAS
----------	----------------------------------	-----------------------------------	--

PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA
----	-------	------------	------------------	-------------

110/80 mmHg				
ESCALA DE DOR	LEV	MODERADA	INTENSA	
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
	∅ ∅	∅ ∅	∅ ∅	∅ ∅

QUEIXA PRINCIPAL

18/01/2017  
 EVOLUÇÃO MÉDICA  
 Queda de moto  
 28/10/2017 às 18:33  
 Acidente de moto  
 Trabalho intenso no ombro (L).

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Confere com o original

Data 29/01/18

Dr. Dr. D. Addison de Souza  
 MEDICO  
 CRM-PE 23762

EXCELSIOR SECURIS

03 ABR 2018

SEGURO DENTAL

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

Vulva

1 P - 2m

Pr. na vulva

09/12/17  
 Fratura do 43  
 resultado de um  
 acidente de moto

① Tunel 10cm OK 6.10<sup>00</sup>  
 01 F1 x 10cm 500.80<sup>00</sup>,  
 evi. ferre. OK  
 ② Fustuloplast Genc 40,

Dr. Dr. D. Addison de Souza  
 MEDICO  
 CRM-PE 23762

seem contrasto com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o expoña a ambar em a luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.

DADOS DO CLIENTE  
ELMIRO TOMAS DE ALMEIDA

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
FAZENDA SANTARITA 2009

Digitado pela Lei 10.438, de 26/04/0

JÁ DE ENERGIA ELÉTRICA

B - CEP 50050-00

CBR 202 003 330-10

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
FAZENDA SANTARITA 2009

CP17-207-003-33II-10

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 - RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
MATERIAL FÁCIL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
003045028	UNICA	24/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/01/2018	2015180283	50221189

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

DESCRICAo DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.000000	0,17119303	5,13
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,39347377	20,64
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	25.000000	0,44021085	11,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,38

TOTAL DA FATURA 37,05

Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

MÊS/DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	MÉP/DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MEDIDOR	FUNÇÃO/CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS	
31064757	CAT	28/12/2017	167,00	24/01/2018	582,00	29	1.000(kWh)

Não é exatamente o que devo dizer, mas é o que eu quero dizer. Tudo isso é só para garantir que os compromissos das empresas com os consumidores, seja qual for o tipo de serviço, seja cumprido. A AH-AT, Lote 2, 2010/2011, é a única que não está cumprindo esse tipo de serviço.

EXCELSIOR  
03 APR 2016



**Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/01**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 11.018.858/0122-00 | CNPJ Est. 0005845-83 | Ligar: 0800-222-0000

**DADOS DO CLIENTE**

MARGARICIA AL VES CAVAL CANTE

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPP-368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

## **CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL,  
RESIDENCIAL  
Monoblock**

ENTERTAINMENT

卷之三

03/10/2017 28/10/2017

2023M201

0001300200

213.68

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool(kWh)	276,0000000	0,87318022	196,78
Acréscimo Bandeira AMARELA			6,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,97
Contribuição Iluminação Pública			7,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 002147169-19/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 0028532123 - 22/08/17			3,27
Multa por atraso-NF 0023147169 - 19/07/17			2,93
Juros por atraso-NF 002147169 - 19/07/17			1,92
Juros por atraso-NF 0026252123 - 22/08/17			1,19
Atualização ICP-ME-NF 0026252123 - 22/08/17			0,10
PHG-CTRAÇA-A-(091)3412-9999 0900 031 9999			0,00

JIBAL-DAFATIWA

318

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MP DE DIAS	COMITANTE	AJUSTE	CONSUMO (WHR)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3010216319	CAT	23-06-2017	11.936,00	24-06-2017	11.912,00	36	1 (XXXX)		274,00

DISJUNTO	VALOR APROXIMADO AÑO 2017	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÍNIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÁXIMO
SERIE TAJHADA	0,08	0,03	0,08	21,73			
FIS	1,00	0,36	0,72	13,44			
DAMC	0,08	0,01	0,08	0,00	220	202	231

213-68

83830000002-0 13680011002-0 27807801810-0 09348487883-0



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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. Cavalante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.724/25,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diego Tomaz de Almeida Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 329.415.334/00, do sinistro de DPVAT cobertura Zalidez da Vítima  
Diego Tomaz de Almeida Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 329.415.334/00, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

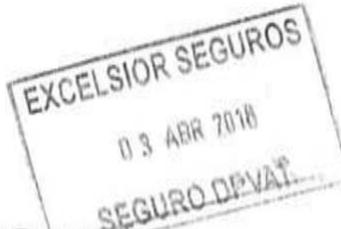
Recuso informar

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>310</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Ipsep</u>	<u>PR</u>	<u>56912 - 330</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

S Talhada, 07 de 03 de 2018  
Local e Data



Rosana de M. S. Cavalante  
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 veiculo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, cujo o condutor era DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS.

VEICULO: MOTO

MODELO: HONDA/NXR 150 BROS ES

ANO: 2012

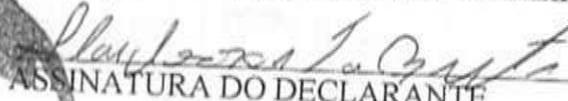
PLACA: PFZ-2109

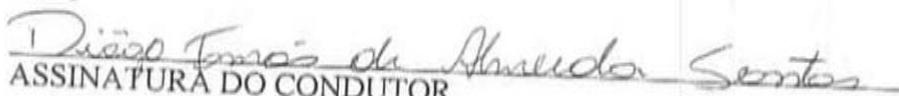
CHASSI: 9C2KD0550CR301279

DATA DO ACIDENTE: 03/12/2017

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

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

  
ASSINATURA DO DECLARANTE

  
ASSINATURA DO CONDUTOR

Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firmas) 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 RAVEL - Tabella\*\*\*\*\*  
Total: 9,58 \*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE\*\*\*\*\*  
Selo(s): 0074896.WYX01201801.00924, 0074896.CGY01201801.00925\*\*\*\*\*

Briforio 2º Oficio  
Cartorio de Notas  
Carvalho Soares nº 52  
Bairro Centro do Egito-PE  
Omnibus Rodoviario  
Rafael de Araujo

EXCELSIOR SEGUROS  
03 ABR 2018  
RECUSADO

**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 - Orgão 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 deficit 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal	Região Corporal
membro inferior direito	
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve	% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve	% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



---

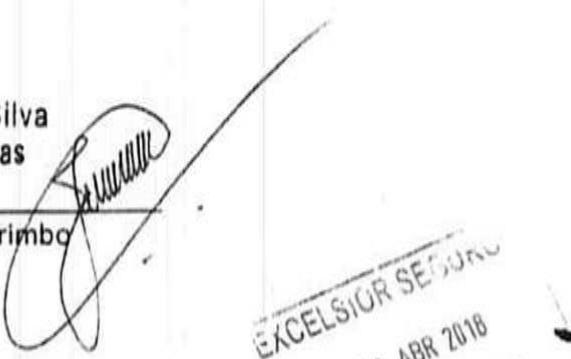
LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

## 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

  
EXCELSIUR SEGURO  
03 ABR 2018  
SEGURO DPVAT

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 reprodrafica  
 do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte interessada.  
 Dou fe, São José do Egito, 07/02/2018.  
 Em testemunha, MARIA OLENEVA RAFAEL CABRAL,  
 TOTAL: 4,09 \*VALIDO SOMENTE 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

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

Identidade: 10.063.654 SDS PE  
 Reg. Nasc.

ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> OUTROS
HABITOS:	<input type="checkbox"/> FUMANTE	<input type="checkbox"/> ETILISTA	<input type="checkbox"/> USUARIO DE DROGAS	
PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA
110/80 mmHg				
ESCALA DE DOR				
LEV 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MODERADA INTENSA				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				

QUEIXA PRINCIPAL

100%  
 EVOLUÇÃO MÉDICA  
 Queda de moto  
 28/10/2017 às 18:33  
 Acidente de moto

Trauma contuso lm ombro (L).  
 Pr m alumínio  
 09/12/17  
 Fratura do 43  
 resultado de um  
 acidente de moto

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
 Dr. Diogo Rafael de Siqueira  
 MEDICO  
 CRM-PE 23762

Confere com o original  
 Data 29/10/18  
 Jesus Addison M. da Silva  
 DPT: de Contas Médicas  
 Mat. 33.019-1

EXCELSIOR SECUR  
 03 ABR 2018  
 SEGURO DENTAL  
 01 P - 3m  
 M. do Socorro Monteiro da Silva  
 Téc de Enfermagem  
 COREN-PE 56706  
 ① Tumel 100ml OK 6,10  
 01 F1 x 100ml 500,80,  
 241. dentre. OK  
 ② Tumebol exp. 6ens 40,

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL SÃO VICENTE</b>	2 - CNES <b>2351633</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL SÃO VICENTE</b>	4 - CNES <b>2351633</b>

**Identificação do Paciente**

NÚMERO DO DOCUMENTO <b>129.415.334-00</b>	NOME ATEND. _____
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE <b>705106414047370</b>	6 - SIS PRE-NATAL _____
9 - NOME DO PACIENTE <b>DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS</b>	7 - SENHA/REGULAÇÃO _____
10 - DATA DE NASCIMENTO <b>18/11/1999</b>	8 - N° DO PRONTUÁRIO <b>000149129</b>
11 - SEXO <b>Masculino</b>	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>CRISTIANE SANTOS SOARES</b>
13 - DDD / 13 - TELEFONE DE CONTATO <b>(87) 9946-1900</b>	14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO) <b>FAZENDA SANTA RITA</b>
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>SAO JOSE DO EGITO</b>	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF <b>PE</b> 18 - CEP <b>56700-000</b>

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

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

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

**Ex / EXAME FÍSICO**

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DIAFISÁTRIA DA TIBIA D</b>	22 - CID 10 PRINCIPAL _____
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO _____	24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	_____

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TTO ORTHOPED</b>	27 - COD. DO PROCEDIMENTO <b>0408050 80</b>		
28 - CLÍNICA <b>306 - TRAUMA FEM.</b>	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>01</b>	30 - DOCUMENTO <b>I X CNS I CPF</b>	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Mauriciana Pereira Ferreira</b>
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>_____</b>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>18/12/2017</b>	34 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CRM/MEDICO) <b>CRM: 16278</b>	
35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA _____	39 - N° DO PLANO _____	40 - SÉRIE _____
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA I EMPREGADO I EMPREGADOR I AUTÔNOMO I DESEMPREGADO	41 - CNPJ DA EMPRESA _____	42 - NOME DA EMPRESA _____	43 - CHOR _____
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO _____	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR _____	47 - DOCUMENTO I CNS I CPF	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	50 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CRM/MEDICO CONSELHO) <b>Ilio Pereira de Andrade Melo</b> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizado	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <b>261710483235</b>	

**EXCELSIOR SEGUROS**  
03 ABR 2018

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO _____	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR _____	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <b>261710483235</b>
47 - DOCUMENTO I CNS I CPF	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	MOTIVO DA ALTA <b>72</b>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	50 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CRM/MEDICO CONSELHO) <b>Ilio Pereira de Andrade Melo</b> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizado	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
DATA DA INTERNAÇÃO 18/12/17	DATA DA ALTA 21/12/17	DATA DA ALTA 21/12/17

X GERES

## 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

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

ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO):  
SITIO LAGOA, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
SÃO JOSÉ DO EGITO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:  
2613602,00

UF:  
PE

CEP:  
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

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
16/12/17 18:10

MÉDICO AUTORIZADOR:

EXCELSIOR SEGURU  
03 ABR 2018  
SECURE O SEU FUTURO  
Lais Marina dos Santos  
ENFERMEIRA  
COREN-PE 383116

# Hospital São Vicente

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 MEDIO, CI RR, DPTAS  
E LARINGOEST FUNDONAL

## Diagnóstico Inicial

TEST. OSOS PERNAS

S.A.D.T

EXCELSIOR SEGUROS  
03 ABR 2018

## Diagnóstico Final

TEST. PERNAS

SF

## CONDICÃO 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"/>

Data do Internamento:

18/12/17  
29/12/17

Data da Alta:

Local:

Hospital São Vicente  
Av. Presidente Vargas, 1900 - Centro  
Cep 04100-000 - São Paulo - SP  
Fone: (11) 3081-1000 - Fax: (11) 3081-1001

Médico Responsável

Óbito em: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Data:	Inicio:	Término:
-------	---------	----------

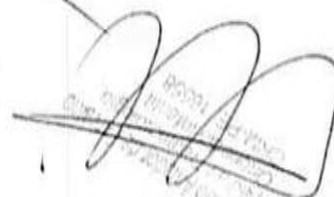
Cirurgião:

1º Auxiliar: Pedro A.

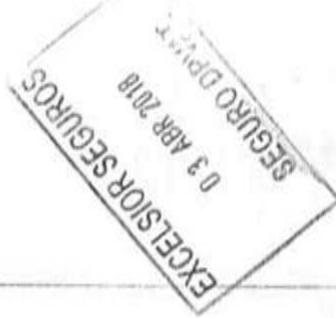
2º Auxiliar:

Anestesista: André B**DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA**

- ① POTE AM ODH
- ② ASSISTIA / ANTESIPIA
- ③ POSICAO CORPOS ESTEREIS
- ④ POSICAO DRENAZOS
- ⑤ FIXACAO CI FRASDA EXTERNO
- ⑥ CURSO



Assinatura do Cirurgião



~~By carlos EAP~~  
~~29/10/17~~

~~09-12-17~~

~~RX curativo pronto para  
RX banhos pronta~~

~~22  
12  
/17~~ Curativos Admision

~~23.12.17 curativo 10:40 h  
01/01/18 Curativo radiado 18:20. R~~

Confere com o original

Data 29/01/18

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







EXCELSIOR SEGUROS  
03 ABR 2018  
SEGURADO DPVAT.

011539118

## 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 Farias de Almeida Souto



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da tíbia direita.

**Descrição do exame** Cicatriz cirúrgica, consolidação viciosa, hipotrofia muscular da perna direita com diminuição da força do membro  
**médico pericial:** 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

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

## 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 Tomás de Almeida Santos

portador(a) do documento de identidade nº 10.063.654, 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 Tomás 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 Ribeiro - Testemunha  
Total: 4,79 \$ VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896.LLG01201801.01955

Cartório 2º Ofício  
Centro de Referência  
Bom Jesus Soberbo nº 32  
São José do Egito - PE  
Titular: Maria Oliveira Ribeiro  
Endereço: Avenida Líndia Patrício - Arapoti

