



Número: **0000396-40.2019.8.17.2110**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Afogados da Ingazeira**

Última distribuição : **03/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado            |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|--------------------|
| LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (AUTOR)                |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                          |                    |
| FRANCISCO ERLÂNDIO DE MELO JÚNIOR (PERITO)             |                    |                                          |                    |
| Documentos                                             |                    |                                          |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                | Tipo               |
| 71493302                                               | 24/11/2020 10:19   | <a href="#">ANEXO 1</a>                  | Outros (Documento) |

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11859631

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562680 ASL-0405172/17

Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Data Acidente: 22/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01569/01570 - carta\_01



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11877959

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170562680 ASL-0405172/17  
Vítima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO  
Data Acidente: 22/07/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00123/00124 - carta\_02



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11956721

A/C: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170562680 ASL-0405172/17  
Vitima: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO  
Data Acidente: 22/07/2017  
Natureza: 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: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000021208-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00401/00402 - carta\_15R



Autorização de pagamento



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Luiz Camilo da Silva Nascimento,  
PORTADOR(A) DO RG Nº CNH 05828334560 EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 02/03/2017 E  
CPF 9000150294-68 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor  
E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luiz Camilo da Silva Nascimento AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

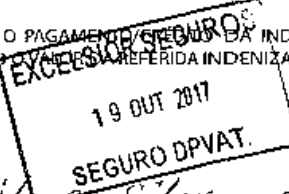
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 21208-4

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



Serra Talhada 04 de Outubro de 2017

LOCAL E DATA

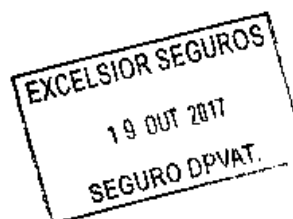
X Luiz Camilo da Silva Nascimento

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

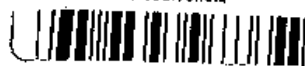
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo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







Boletim de ocorrência



22/08/2017 10:21

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA - DP167ªCIRC DINTER2/19ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0257001417

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2017 às  
11:25

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 22/7/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: AV JOSÉ PEREIRA DE SOUZA, BAIRRO MANOELA  
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a:  
MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: MANOELA  
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

## Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
EVONEIDE MARIA DA COSTA (OUTRO)  
ANTONIO JOHSON DA COSTA SILVA (TESTEMUNHA)  
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (TESTEMUNHA)  
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (VÍTIMA)

## Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de  
Nascimento: 4/2/1972 Naturalidade: GERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
4015832/SUS/PE (RG), 00015020488 (CPF), 05812334680 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87990031020

Residência: QUADRA E. Nº 124, BAIRRO SÃO BRAZ - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,  
1 - CEP: 8 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

EVONEIDE MARIA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
NEUSA MARIA DA COSTA Pai: ANTONIO XAVIER DA COSTA Data de Nascimento: 22/8/1964  
Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residência: TRAVESSA JOSE QUEIROZ, 8Mº, CENTRO - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,  
1 - CEP: 55099-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO  
/BRASIL



**ANTONIO JONSON DA COSTA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: MARILENE COSTA DOS SANTOS Pai: JOCENILDO DA SILVA Data de**  
**Nascimento: 31/3/1986 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, N° 42, BAIRRO CENTRO, PRÓXIMO CEMITÉRIO**  
**VELHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao: MUNICÍPIO DE**  
**AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA**  
**INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO CEMITÉRIO VELHO**

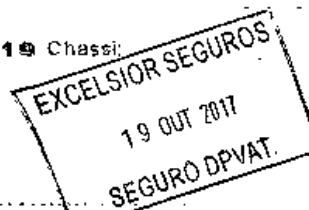
**LUÇAS MARLON GOMES DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: EDNETE GOMES DE SOUZA Pai: PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento:**  
**14/2/1986 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: RUA G, S/N° SÃO BRAZ, PRÓXIMO POLO NOVELEIRO - AFOGADOS DA**  
**INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,**  
**- CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL,**  
**PRÓXIMO POLO NOVELEIRO**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EVONEIDE MARIA DA COSTA,**  
**que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: NÃO**  
**Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)**

**Placa: PFU7915 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 632937219 Chassi:**  
**0C2HB9210DR416590**  
**Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GAS**

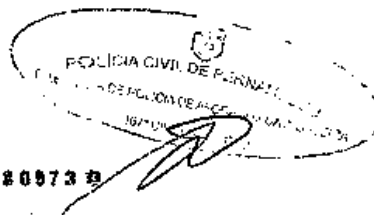


#### Complemento / Observação

**HOJE, POR VOLTA DAS 11H00, COMPREDEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A**  
**PESSOA DE LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO, INFORMANDO DE QUE NA MANHÃ**  
**DO DIA 22 DE JULHO DE 2017, TRAVESSAVA COM SUA MOTOCICLETA, NAS**  
**IMEDIAÇÕES DO ESTÁDIO VIANÃO, MOMENTO EM QUE SURTIU UM CACHORRO A SUA**  
**FRONTE, NÃO DANDO TEMPO FREIAR, VINDO A CAIR, FICANDO LESIONADO NO PÉ**  
**DIREITO; QUE, EM SEGUIDA FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA**  
**CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA,**  
**DE; QUE, A VÍTIMA POSSUI QNH.**

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

**LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**  
**(VÍTIMA)**



**B.O. registrado por: LUIZ SILVINO NETO - Matrícula: 320573 B**



2 de 2

29/08/2017 16:54



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA - DP167ªCIRC DINTER2119ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: **17E025 7001417**

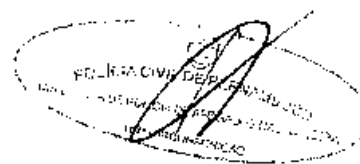
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2017 às  
11:25

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 22/7/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV JOSÉ PEREIRA DE SOUZA, BAIRRO MANDEIA  
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a  
**MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: MANDEIA  
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

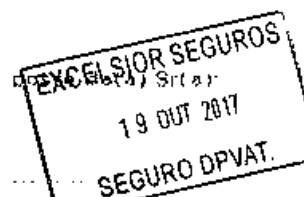
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
EVONEIDE MARIA DA COSTA (OUTRO)  
ANTONIO JOBSON DA COSTA SILVA (TESTEMUNHA)  
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (TESTEMUNHA)  
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em  
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO



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

**LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de  
Nascimento: 4/2/1972 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
4916932/SDS/PE (RG), 98916929468 (CPF), 98823334098 (DNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escala: 1ª GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87889831928**

Residência: **QUADRA E, Nº 124, BAIRRO SÃO BRAZ - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,  
1 - CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EVONEIDE MARIA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
NEUSA MARIA DA COSTA Pai: ANTONIO XAVIER DA COSTA Data de Nascimento: 22/8/1964  
Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residência: **TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, 9/Nº, CENTRO - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,  
1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO  
/BRASIL****



**ANTONIO JOBSON DA COSTA SILVA (não presente no plantão) - Sexo**  
**Masculino Mãe: MARILENE COSTA DOS SANTOS Pai: JOGENILDO DA SILVA Data de**  
**Nascimento: 31/1/1990 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, N° 42, BAIRRO CENTRO, PRÓXIMO CEMITÉRIO**  
**VELHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo: MUNICÍPIO DE**  
**AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - CEP: 55069-006 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA**  
**INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO CEMITÉRIO VELHO**

**LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo**  
**Masculino Mãe: EDNETE GOMES DE SOUZA Pai: PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento:**  
**14/2/1996 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: RUA G, S/N° SÃO BRAZ, PRÓXIMO POLO MOVELEIRO - AFOGADOS DA**  
**INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,**  
**- CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL,**  
**PRÓXIMO POLO MOVELEIRO**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EVONEIDE MARIA DA COSTA,**  
**que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: NÃO**  
**Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)**

**Placa: PFU7816 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 6330373-18 Chassi:**  
**9C2H80210DR415880**  
**Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GAS**

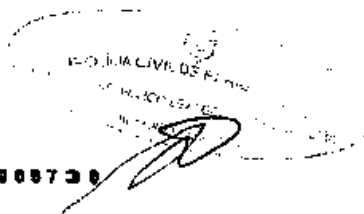
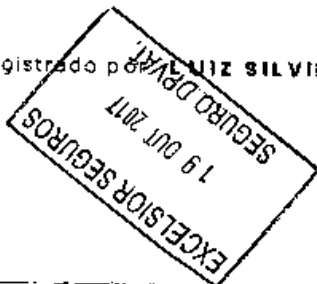
#### Complemento / Observação

**HOJE, POR VOLTA DAS 11H00, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A**  
**PESSOA DE LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO, INFORMANDO-SE QUE NA MANHÃ**  
**DO DIA 22 DE JULHO DE 2017, TRAVESSAVA COM SUA MOTOCICLETA, NAS**  
**IMEDIÇÕES DO ESTÁDIO VIANÃO, MOMENTO EM QUE SURTIU UM CACHORRO A SUA**  
**FRENTE, NÃO DANDO TEMPO FREIAR, VINDO A CAIR, FICANDO LESIONADO NO PÉ**  
**DIREITO; QUE, EM SEGUIDA FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA**  
**CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-**  
**PE; QUE, A VÍTIMA POSSUI GNH.**

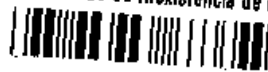
**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**

**LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**  
**(VÍTIMA)**

**B.O. registrado por LUIZ SILVINO NETO - Matrícula: 3308730**



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Camilo da Silva Nascimento, portador da carteira de identidade nº 4915.632 e inscrito no CPF/MF sob o nº 900.150.294-68 residente e domiciliado na Rua Quatro, 124, Conj. Resid. Laura Ramon Cidade Aragatorã Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

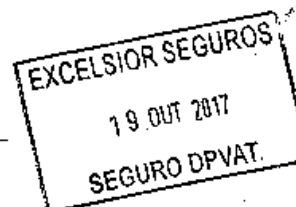
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Luiz Camilo da Silva Nascimento

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Senna Talhada 04/10/17

Local e data



Comprovação de ato declaratório

4151706 0008 7057 3342

## BOLETIM DE EMERGENCIA

SAÚDE DO  
TRABALHADOR  
ACIDENTE GRAVE

NOTIFICADO

|                                                           |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-----------------|--|-----------------------|--|------------------|--|
| SUS                                                       |  | H.R.E.C.                               |  | NOTIFICADO      |  | Data                  |  | 22.07.17         |  |
| Nome                                                      |  | LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO        |  |                 |  |                       |  | Nº da Ocorrência |  |
| Residência                                                |  | LARA RAMOS B SAO BRAZ AI DA ENGENHEIRA |  |                 |  |                       |  | Telefone         |  |
| Nome                                                      |  | MAR VICENCIA FRANCISCA DA SILVA        |  |                 |  |                       |  | Telefone         |  |
| Residência                                                |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| CONDIÇÃO                                                  |  | PROFISSÃO                              |  | SEXO            |  | NASCIMENTO            |  | NACIONALIDADE    |  |
| SEGURADO                                                  |  | AUTÔNOMO                               |  | MASC            |  | 04                    |  | BRASILEIRO       |  |
| ESPOSA                                                    |  |                                        |  | FEM             |  | 1972                  |  | ESTRANGEIRO      |  |
| FILHO                                                     |  |                                        |  |                 |  |                       |  | NÚMERO           |  |
| OUTROS                                                    |  |                                        |  |                 |  |                       |  | 415632           |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE                                   |  |                                        |  |                 |  |                       |  | ORGÃO EMISSOR    |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  |                       |  | SUS/16           |  |
| PACIENTE CHEGOU                                           |  | AMBULÂNCIA / HORA                      |  | PACIENTE / HORA |  | ATENDIMENTO           |  |                  |  |
| ANDANDO                                                   |  | SAÍDA                                  |  | CHEGADA         |  | H                     |  | MIN              |  |
| DE AUTO                                                   |  |                                        |  | 07:32           |  |                       |  |                  |  |
| AMBULÂNCIA                                                |  | CHEGADA                                |  | SAÍDA           |  |                       |  |                  |  |
| OUTROS                                                    |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| PRESSÃO ARTERIAL                                          |  | PULSO                                  |  | TEMPERATURA     |  | Exames Complementares |  |                  |  |
| MAX                                                       |  | MIN                                    |  | AXILAR          |  | Rx dos ossos do       |  |                  |  |
| 120                                                       |  | 80                                     |  |                 |  | braço e do            |  |                  |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  | perna                 |  |                  |  |
| Causa Provável da Lesão - Quebra Principal - Exame Físico |  |                                        |  |                 |  | NOTIFICADO            |  |                  |  |
| Sinais - Sintomas                                         |  |                                        |  |                 |  | Tubo de b3 ac         |  |                  |  |
| = Quebra de osso                                          |  |                                        |  |                 |  | no joelho             |  |                  |  |
| = Edema do tornozelo                                      |  |                                        |  |                 |  | Diplopia em           |  |                  |  |
| Pulso fraco e frio                                        |  |                                        |  |                 |  | A.D. 1cm              |  |                  |  |
| Rouco, eg. duplo                                          |  |                                        |  |                 |  | 8/13                  |  |                  |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  | EXCELSIOR SEGUROS     |  |                  |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  | 19 OUT 2017           |  |                  |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  | SEGURO DPVAT          |  |                  |  |
| Destino Dado ao Paciente                                  |  | Impressão Diagnóstica                  |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| Residência                                                |  | Fratura dos ossos                      |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| Internado                                                 |  | do tornozelo                           |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| Encaminhado                                               |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| Removido                                                  |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |
| Obito às                                                  |  | H                                      |  | Min             |  | Dias                  |  |                  |  |
|                                                           |  |                                        |  |                 |  |                       |  |                  |  |

PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praça Monsenhor Alvim do Arruda Câmara, 187 - Centro  
CEP: 56909-000 - Afogados da Ingazeira (PE)  
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorio.umbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticou e dou fé. Emol. R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33  
Selo: 0150599.YPY0820170100526 Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
15/08/2017 12:15:50 ANNA KARLA GOMES  
PATRIOTA - Escrevente

Anna Karla Gomes  
Escrevente Substituta





# 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: 08/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000021208-4

---

---

Nr. da Autenticação 2240CD36BC1DF6B8



Comprovante de residência



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Camilo da Silva Nascimento

RG nº 4.915.632, data de expedição 02/03/2017 Órgão SDS/PG

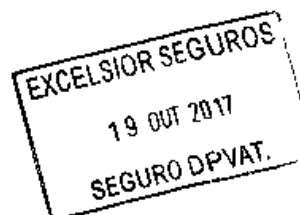
CPF nº 900.130.294-68 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Quatro</u>                        |
| Número                            | <u>124</u>                               |
| Apto / Complemento                | <u>Casa</u>                              |
| Bairro                            | <u>Conj Resid Laura Ramos - São Brás</u> |
| Cidade                            | <u>Atogados da Ingazeira</u>             |
| Estado                            | <u>PE</u>                                |
| CEP                               | <u>56800-000</u>                         |
| Telefone de Contato               | <u>(87) 9634-4907</u>                    |
| E-mail                            |                                          |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 04/10/17

Assinatura do Declarante: X Luiz Camilo da Silva Nascimento





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA ARTHUR PAOLILHA - HUM. - 00517 - CENTRO  
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE 56800-000

| DADOS DO CLIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     | MATRICULA                             |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| MARILENE COSTA DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | 125549159-4/11/2017                   |                              |
| R QUATRO, N. 00124 - Q-E - CONJ RESID LAURA RAHOS - SAO BRAZ A<br>FOGADOS DA INGAZEIRA PE 56800-000                                                                                                                                                                                                     |                     |                                       |                              |
| QUANTIDADE DE ECONOMIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                       |                              |
| LIGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | POTENCIAL           | RESIDENCIAL                           | COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA |
| HIDROMETRO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL                      | TIPO DE CONSUMO (A/E)        |
| A120210300                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15/05/2017          | 15/06/2017                            | REAL                         |
| AGUA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                       |                              |
| LEIT ANT: 260 CONSUMO: 7                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                       |                              |
| LEIT ATU: 267                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                       |                              |
| LEIT FAT: 267                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                       |                              |
| HISTORICO DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                       |                              |
| REFERENCIA CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                       |                              |
| 04/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09                  | TURBIDEZ                              |                              |
| 03/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09                  | COR APARENTE                          |                              |
| 02/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09                  | CLORO RESIDUAL                        |                              |
| 01/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09                  | COLIF. TOTAIS                         |                              |
| 12/2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 08                  | E. COLI                               |                              |
| 11/2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 10                  |                                       |                              |
| MEDIA: 09                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | Qualidade de Agua: www.compesa.com.br |                              |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS<br>(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO<br>RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA<br>(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES<br>ASSOCIADAS A ASPECTO VISUAL DA AGUA |                     |                                       |                              |
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | TOTAL (R\$)                           |                              |
| AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                       |                              |
| RESIDENCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                       |                              |
| CONSUMO DA AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | 7 M3 40,18                            |                              |

| PARAMETROS     | EAIG. PORT. MS 2.914/11 | ANALISES REALIZ. | ATENDIM. A LEGIS. |
|----------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| TURBIDEZ       | 48                      | 48               | 48                |
| COR APARENTE   | 48                      | 48               | 48                |
| CLORO RESIDUAL | 48                      | 48               | 48                |
| COLIF. TOTAIS  | 48                      | 48               | 48                |
| E. COLI        | 48                      | 48               | 48                |

| TIPO DE CONSUMO | VALOR | VALOR | VALOR |
|-----------------|-------|-------|-------|
| 40,18           | 1,85  | 0,66  |       |

VENCIMENTO: 25/06/2017 TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira e sábado, às

177-379660412-4

26/Jun/2017

HORA DE 11:29:30

LOT. 15.23192-B

TERM 049722

LOCALIDADE: AFOGADOS DA INGAZEIRA

AB. VINCIADAM: 1433

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

828400000000 401800100015  
105545139012 052017100030

177-379660412-4

CAIXA

10 VIA

CAIXA Loterias

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.





União Sul de Energia Elétrica criada pela Lei 10.436 de 26/04/01  
**NOTA FISCAL FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.820/0001-00 | Ins. Est. 0305843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.110.354-15

IPSEPI/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

CLASSIFICAÇÃO  
81 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA RESIDENCIAL 2278078019  
DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018

DATA DE EMISSÃO 27/08/2018  
VALOR A PAGAR 124,18

|                     |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| CONTA RESIDENCIAL   | 2278078019 | 08/2018    |
| DATA DE VENCIMENTO  | 27/08/2018 | 19/07/2018 |
| VALOR A PAGAR (R\$) | 124,18     |            |

| DESCRIÇÃO DO CONSUMO                     | QUANTIDADE  | PREÇO UN  | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| Consumo Ativo (Wh)                       | 177,0000000 | 0,6500571 | 115,52      |
| Contribuição de Iluminação Pública       |             |           | 7,38        |
| ICMS Subvenção CDE Nº 02/10/638-18/04/18 |             |           | 1,12        |
| Multa por atraso Nº 02/13/858-18/05/18   |             |           | 2,40        |
| Juros por atraso Nº 02/13/858-18/05/18   |             |           | 0,77        |
| PRO-CRIANÇA (08173412-8) 000000031 8/20  |             |           | 0,89        |

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

124,18

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE CONTA RESIDENCIAL |                |          |         |            |         |               |              |             |              |
|-----------------------------------------------|----------------|----------|---------|------------|---------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| Nº DA MEDIDOR                                 | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL   | DATA       | LEITURA | Nº DE CONSUMO | CONSUMO (Wh) | VALOR (R\$) | CONSUMO (Wh) |
| 3101410                                       | LAT            | 1013000  | 1123000 | 11-08-2018 | 1123000 | 10000         | 177,00       | 115,52      | 177,00       |

| DETALHAMENTO DE CONSUMO |              |   |              | COMPARAÇÃO DE CONSUMO |              |   |              |
|-------------------------|--------------|---|--------------|-----------------------|--------------|---|--------------|
| MÊS                     | VALOR NO MÊS | % | VALOR NO MÊS | MÊS                   | VALOR NO MÊS | % | VALOR NO MÊS |
| JUN 18                  | 175          |   |              | JUN 18                | 175          |   |              |
| MAR 18                  | 210          |   |              | MAR 18                | 210          |   |              |
| ABR 18                  | 200          |   |              | ABR 18                | 200          |   |              |
| MAR 18                  | 190          |   |              | MAR 18                | 190          |   |              |
| FEV 18                  | 201          |   |              | FEV 18                | 201          |   |              |
| JAN 18                  | 211          |   |              | JAN 18                | 211          |   |              |
| DEZ 17                  | 209          |   |              | DEZ 17                | 209          |   |              |
| NOV 17                  | 247          |   |              | NOV 17                | 247          |   |              |
| OUT 17                  | 237          |   |              | OUT 17                | 237          |   |              |
| SET 17                  | 186          |   |              | SET 17                | 186          |   |              |
| AUG 17                  | 173          |   |              | AUG 17                | 173          |   |              |
| JUL 17                  | 183          |   |              | JUL 17                | 183          |   |              |
| JUN 17                  | 186          |   |              | JUN 17                | 186          |   |              |

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO PRIVAT.

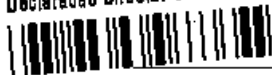
INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
No caso de falta de energia elétrica, o consumidor deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) para solicitar a restituição do valor da energia não consumida. O consumidor deve apresentar o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da energia elétrica para solicitar a restituição do valor da energia não consumida. O consumidor deve apresentar o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da energia elétrica para solicitar a restituição do valor da energia não consumida.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES |       |       |       | TENSÃO DE TENSÃO |       |       |       |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| TIPO DE INTERUPÇÃO                   | VALOR | VALOR | VALOR | TENSÃO           | VALOR | VALOR | VALOR |
| INTERUPÇÃO                           | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 220              | 220   | 220   | 220   |
| INTERUPÇÃO                           | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 220              | 220   | 220   | 220   |
| INTERUPÇÃO                           | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 220              | 220   | 220   | 220   |

CONTA RESIDENCIAL 2278078019  
DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$) 124,18  
83840000001-4 24180011002-8 27807801910-0 03541512433-9



Declaração Circular SUSEP 445/12



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 44-5/12

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 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.

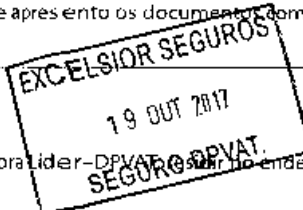
Pelo exposto, eu Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Camilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.150.294 68 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Luiz Camilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.150.294 / 68, 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, 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<br><u>Rua Francisco Olavo</u> |                                | Número<br><u>110</u>    | Complemento<br><u>Casa</u> |
| Bairro<br><u>IPSEP</u>                 | Cidade<br><u>Serra Talhada</u> | Estado<br><u>PE</u>     | CPF<br><u>06912-130</u>    |
| Email                                  |                                | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular(DDD)      |

Serra Talhada de 23 de Outubro de 2017

Local e Data

Romana Cale M. S. Cavalcante  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



**NOTIFICADO**

Documentação médico-hospitalar

ACIDENTE DE TRABALHO

CASO POLICIAL

Extrínsecos Complementares

RX dos ossos do  
torso pelo PA e  
perfil NOTIFICADO

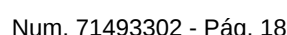
GAIO - 1  
1982  
10/10/82

I saw Wilzon  
 Well as he  
 on the outside  
 Diphysa 1 mo  
 on the



ANNA KARLA GOMES  
*McPherson*

*Fretur das ovas  
do Lamiofilo*



**SUS**

|                              |                           |                                      |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Sistema<br>Único de<br>Saúde | Ministério<br>da<br>Saúde | Secretaria<br>de Saúde<br>Pernambuco |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                         |          |
|-----------------------------------------|----------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |

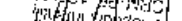
### - Identificação do Paciente

|                                                                |  |                                             |                                    |
|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|------------------------------------|
| NÚMERO DO DOCUMENTO<br>900.150.294-68                          |  | NOME ATENDIDO                               |                                    |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE<br>706000870573342                |  | 6 - SIS PRET. NATAL                         | 7 - SENTIAREGULAÇÃO                |
| 9 - NOME DO PACIENTE<br>LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO        |  | 10 - DATA DE NASCIMENTO<br>04/02/1972       | 8 - Nº DO PRONTUÁRIO<br>000140366  |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br>VICENCIA FRANCISCA DA SILVA |  | 11 - SEXO<br>Masculino                      |                                    |
| 14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)<br>RUA QUATRO                    |  | 13 - TELEFONE DE CONTATO<br>(87) 99982-1929 |                                    |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>AFOGADOS DA INGAZEIRA          |  | 16 - COB. IBGE MUNICÍPIO                    | 17 - UF - 18 - CEP<br>PE 56800-000 |

## - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                     |                         |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO                                                |                         |                                |
| DOR, GROSSA, e JUNTOS EM<br>TUM (D) POS - OP FRATURA.                               |                         |                                |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |                         |                                |
| Rx1 EX. TUBO                                                                        |                         |                                |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            | 22 - CID. 10 PRINCIPAL  |                                |
| CRISTALINO LING. FRATURA (D)                                                        | M60                     |                                |
| 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO                                                         | 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO | 25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|                                                                                     |                         |                                |

## PROCEDIMIENTO SOLICITADO

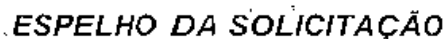
|                                                                                                   |                            |                                                                |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                         |                            | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO                                      |                                                                    |
| 720 ATURGO                                                                                        |                            | 0408060174                                                     |                                                                    |
| 28 - CLÍNICA                                                                                      | 29 - CARATER DA INTERNAÇÃO | 30 - DOCUMENTO                                                 | 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| 202 - TRAUMA, MASC, 01                                                                            |                            | 1X 1CNS 1 1CPP                                                 |                                                                    |
| 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                     | 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO   | 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)                     |                                                                    |
| <br>01/09/2017 | 01/09/2017                 | Maurício Pereira Ferreira<br>CPF: 030.473.994-41<br>CRM: 18278 |                                                                    |

**PRELIMINAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

|                                |                                                       |                          |                      |                          |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 35 -                           | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO         | 38 - CNPJ DA SEGURADORA  | 39 - Nº DO BILHETE   | 40 - SÉRIE               |
| 36 -                           | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  | 41 - CNPJ DA EMPRESA     | 42 - CNAB DA EMPRESA | 43 - CBOR                |
| 37 -                           | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO |                          |                      |                          |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA |                                                       |                          |                      |                          |
| <input type="checkbox"/>       | EMPREGADO                                             | <input type="checkbox"/> | EMPREGADOR           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>       | Autônomo                                              | <input type="checkbox"/> | Desempregado         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>       | Segurado                                              | <input type="checkbox"/> | Segurado             | <input type="checkbox"/> |

|                                        |  |                                                         |  |                                                         |  |
|----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| 43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO |  | 46 - COD. ORÇAO EMISSOR                                 |  | 51 - DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH) |  |
| 47 - DOCUMENTO                         |  | 48 - Nº DOCUMENTO (ENSC/PE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  | 52 - DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH) |  |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO               |  | 50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO       |  | 53 - DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH) |  |





|                                                             |                                                   |                      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:                        |                                                   | DATA DA SOLICITAÇÃO: |
| HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA |                                                   | 31/08/2017 09:59     |
| MÉDICO SOLICITANTE                                          | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                      |
| JOSÉ ANDRÉ MELO BARRETO GUIMARÃES                           | CRM - 9608                                        |                      |

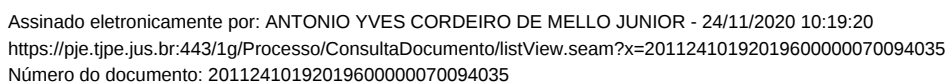
|                                                                   |                                          |                                        |                  |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| NOME DO PACIENTE:<br><b>LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO</b>       |                                          | Nº DO PROPRIETÁRIO:<br><b>359582</b>   |                  |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                                   | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>04/02/1972</b> | SEXO:<br><b>Masculino</b>              |                  |
| NOME DA VAL OU RESPONSÁVEL:<br><b>VICENCIA FRANCISCA DA SILVA</b> |                                          | TELEFONE DE CONTATO:                   |                  |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):<br><b>QUADRA E. 124, SÃO BRAZ</b>     |                                          |                                        |                  |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br><b>AFOGADOS DA INGAZEIRA</b>          |                                          | COD. IBGE MUNICÍPIO:<br><b>2600104</b> | UF:<br><b>PE</b> |
|                                                                   |                                          | CEP:                                   |                  |

|                                                                                |                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:                                         |                    |                           |
| A SÃO VICENTE PARA RETIRADA DE PARAFUSO TRANSVERSAL.                           |                    |                           |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:                                         |                    |                           |
| PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): |                    |                           |
| RADIOGRAFIA                                                                    |                    |                           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL:                                                           |                    |                           |
| OSTEOMIELEITE DE FIBULA DIREITA                                                |                    |                           |
| CID 10 PRINCIPAL:                                                              | CID 10 SECUNDÁRIO: | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: |

|                                             |                                    |                               |                                                                |
|---------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: |                                    | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:       |                                                                |
| CLÍNICA                                     | CARÁTER DA INTERNAÇÃO:<br>URGÊNCIA | DOCUMENTO:<br>(X) CNS ( ) CPF | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: |

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: \_\_\_\_\_ DATA DE AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE LETO: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_  
 EXCELSIOR SEGUROS  
 1-9 OUT 2017  
 PRIVAT.

|                                 |                                                    |                     |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO |                                                    | DATA DA SOLICITAÇÃO |
| DOCUMENTO                       | IP DOCUMENTO (CONTINUA) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | COD. ORÇÃO EMISSOR  |
| (X) CNS ( ) CPE                 |                                                    |                     |





## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

**Data/Hora**      **Profissional Evolução**  
31/08/17 09:59      JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES  
**Descrição**  
Solicitação Letio

### TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status               | Tempo utilizado | Usuário/Estabeleciment                                                        | Observação                                                                       |
|----------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 31/08/17 09:59 | Em digitação         | 0h:0m:4s        | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Solicitação armazenada.                                                          |
| 31/08/17 09:59 | Aguardando Regulacao |                 | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Aterada situação da solicitação de EM<br>DIGITAÇÃO para AGUARDANDO<br>REGULAÇÃO. |

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

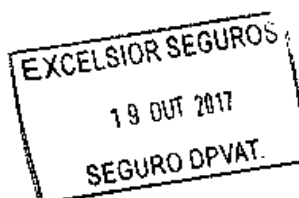
### ASSISTIDO

| Data / Hora | Paciente Assistido | Usuário |
|-------------|--------------------|---------|
|-------------|--------------------|---------|

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

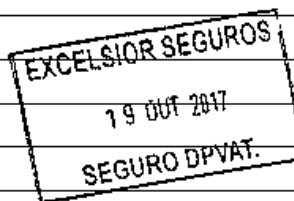
### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





# Hospital São Vicente

|                                                                                                                                                                         |                                                    |                                     |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Data do Atendimento: 01/09/2017                                                                                                                                         |                                                    | Nº Registro: 000140366              |                           |
| Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO                                                                                                              |                                                    | 202 - TRAUMA, MASC. 04              |                           |
| Data Nascimento: 04/02/1972                                                                                                                                             | Idade: 45                                          | Sexo: Masculino                     | Cor: Preta                |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                                                                                                                               | Profissão: AGRICULTOR                              | Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA | Nacionalidade: Brasileiro |
| Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO                                                                                                                            |                                                    | Mãe: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA    |                           |
| Endereço: DONA LAURA MARIANO                                                                                                                                            |                                                    | 124                                 |                           |
| Bairro: SAO BRAZ                                                                                                                                                        | Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA                      | Estado: PE                          | Telefone: (87) 99982-1929 |
| 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                                                                                                                                                 |                                                    |                                     |                           |
| Pete a dermoma e ferimento em<br>T.M.Z. (1), P.O.F. TRAUMA<br>DO MEMBRO                                                                                                 |                                                    |                                     |                           |
| Diagnóstico Inicial: ESTIMULOS LITE FISICA (1)                                                                                                                          |                                                    |                                     |                           |
| S.A.D.T.                                                                                                                                                                |                                                    |                                     |                           |
| Diagnóstico Final:                                                                                                                                                      |                                                    |                                     |                           |
| CONDICÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA                                                                                                                                         |                                                    |                                     |                           |
| Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                           | Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> | Data do Internamento: 01/9/17       |                           |
| Inalterado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     | Alta a Pedido <input type="checkbox"/>             | Data da Alta: 05/9/17               |                           |
| Piorado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        | Transferência <input type="checkbox"/>             | Pete Aureliano Amador de Carvalho   |                           |
| Óbito < 48h <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    | Evasão <input type="checkbox"/>                    | Cirurgião: Traumatologia            |                           |
| Óbito > 48h <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    | Indisciplina <input type="checkbox"/>              | Ortopedia Infantil                  |                           |
| Óbito em: / /                                                                                                                                                           |                                                    | CRM-PE 16752                        |                           |
| 1. _____                                                                                                                                                                |                                                    | Médico Responsável                  |                           |



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

ANDRÉ B.

2º Auxiliar:

PEDRO A.

Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCE EM DD4
- ② ARTROSCÓPIA/ARTROSCOPIA
- ③ ADIÇÃO CANAIS ENDOSCÓPICOS
- ④ RETIRO FIO K
- ⑤ INCISÃO LATERAL TIZ ①
- ⑥ RETIRO PACAFUSO TRANSVERSAL
- ⑦ SUTURA HURADO

EXCELSIOR SEGUROS

19 OUT 2017

SEGURO DPVAT.

Pedro Luciano Pereira dos Santos  
Ouro Preto - Minas Gerais  
CRM 16619

Assinatura do Cirurgião



|                                                                                   |     |                |          |          |            |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|----------|----------|------------|--------------------------|
|  | SUS | União de Saúde | da Saúde | de Saúde | Pernambuco | DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|----------|----------|------------|--------------------------|

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                         |          |
|-----------------------------------------|----------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |

### Identificação do Paciente

|                                 |                   |                              |                      |
|---------------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------|
| NÚMERO DO DOCUMENTO             |                   | NOME ATEND.                  |                      |
| 900.150.294-68                  |                   |                              |                      |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE    | 6 - SIS PRE NATAL | 7 - SENHA/REGULAÇÃO          | 8 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 706000870573342                 |                   |                              | 000140366            |
| 9 - NOME DO PACIENTE            |                   | 10 - DATA DE NASCIMENTO      | 11 - SEXO            |
| LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO |                   | 04/02/1972                   | Masculino            |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL |                   | DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO |                      |
| VICENCIA FRANCISCA DA SILVA     |                   | (87) 99982-1929              |                      |
| 14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)   |                   |                              |                      |
| DONA LAURA MARIANO              |                   |                              |                      |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA    |                   | 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO     | 17 - UF              |
| AFOGADOS DA INGAZEIRA           |                   | PE                           | 56800-000            |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO                                                |                         |
| <p>TRAUMA TÓRAX @, CI OR, EDOMA<br/>e LIMITAÇÃO FRACTIONAL</p>                      |                         |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |                         |
| Rx / EX. FÍSICO                                                                     |                         |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            | 22 - CID. 10 PRINCIPAL  |
| FRAT - URTICÁRIA TÓRAX @                                                            | S930                    |
| 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO                                                         | 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO |
|                                                                                     |                         |
| 25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                      |                         |
|                                                                                     |                         |

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                 |                            |                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO       |                            | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO                                                                             |
| TTO C/ANESTESIA                                 |                            | 0408050402                                                                                            |
| 28 - CLÍNICA                                    | 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 30 - DOCUMENTO                                                                                        |
| 203 - TRAUMA. MASCULINO                         | 1 X 1 CNS 1                | 1 CPF                                                                                                 |
| 31 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE | 32 - DATA DA SOLICITAÇÃO   | 33 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL                                                              |
|                                                 | 27/07/2017                 | <p>Mauriciana Pereira Pereira</p> <p>CPF: 030.433.894-41</p> <p>CRM: 18878</p> <p>Ortista Clínica</p> |

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                    |                                    |                                     |                         |                    |            |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| 35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO                        | 36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO | 38 - CNPJ DA SEGURADORA | 39 - Nº DO BILHETE | 40 - SÉRIE |
|                                                    |                                    |                                     |                         |                    |            |
| 41 - CNPJ DA EMPRESA                               |                                    |                                     | 42 - DATA DA EMPRESA    | 43 - CBOR          |            |
|                                                    |                                    |                                     |                         |                    |            |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                     |                                    |                                     |                         |                    |            |
| I EMPREGADO I EMPREGADOR I AUTÔNOMO I DESEMPREGADO |                                    |                                     |                         |                    |            |

### AUTORIZAÇÃO

|                                        |                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO |                                                                                                  | 46 - COD. ORGÃO EMISSOR |
|                                        |                                                                                                  |                         |
| 47 - DOCUMENTO                         | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                          |                         |
| 1 CNS 1 CPF                            |                                                                                                  |                         |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO               | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                           |                         |
|                                        | <p>Dr. Paulo Roberto de Mello</p> <p>CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603</p> <p>Médico Autorizador</p> |                         |

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

|                              |  |
|------------------------------|--|
| MOTIVO DA ALTA: 12           |  |
| CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02    |  |
| DATA DA INTERNAÇÃO: 27.07.17 |  |
| DATA DA ALTA: 29.07.17       |  |





## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                     |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:<br>HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALIADA | DATA DA SOLICITAÇÃO:<br>24/07/2017 10:06                         |
| MÉDICO SOLICITANTE:<br>JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES                                            | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):<br>CRM - 9608 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE:<br>LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO       | Nº DO PRONTUÁRIO:<br>346086       |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                            | DATA DE NASCIMENTO:<br>04/02/1972 |
| NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:<br>VIVENCIA FRANCISCA DA SILVA | SEXO:<br>Masculino                |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO):<br>RUA 4, 124, S. SÃO BRAZ      | TELEFONE DE CONTATO:              |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br>AFOGADOS DA INGAZEIRA          | COD. IGGE MUNICÍPIO:<br>2600104   |
| UF:<br>PE                                                  | CEP:                              |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                            |                    |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:<br>QUEDA DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 3 DIAS, EDEMA DO TORNOZELO + DOR. |                    |                           |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:                                                                     |                    |                           |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):<br>RX                       |                    |                           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL:<br>FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.                                              |                    |                           |
| CID 10 PRINCIPAL:                                                                                          | CID 10 SECUNDÁRIA: | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: |

### SINAIS VITAIS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                       |                                                                |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:                                        |
| CLÍNICA:                              | CARÁTER DA INTERNAÇÃO:<br>URGÊNCIA                             |
| DOCUMENTO:<br>(X) CNS ( ) CPF         | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: |

### EXECUTANTE

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| NOME DO ESTABLISHMENTO EXECUTANTE: | DATA DE AUTORIZAÇÃO: |
| TIPO DE LEITO:                     | ESPECIALIDADE:       |
| MÉDICO AUTORIZADOR:                |                      |

### AUTORIZAÇÃO

|                                                     |                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                   | DATA DA SOLICITAÇÃO: |
| DOCUMENTO:<br>(X) CNS ( ) CPF                       | COD. ORGÃO EMISSOR:  |
| Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |                      |

### ESCLARECIMENTOS

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

**Data/Hora**      **Profissional Evolução**  
24/07/17 10:06      JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES  
**Descrição**  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status               | Tempo utilizado | Usuário/Estabelecimento                                           | Observação                                                                  |
|----------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 24/07/17 10:06 | Em digitação         | 0h:0m:4s        | ANACS HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA | Solicitação armazenada.                                                     |
| 24/07/17 10:06 | Aguardando Regulação |                 | ANACS HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA | Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO. |

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

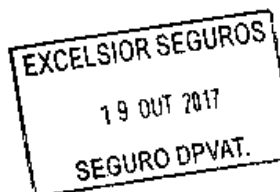
### ASSISTIDO

| Data / Hora | Paciente Assistido | Usuário |
|-------------|--------------------|---------|
|-------------|--------------------|---------|

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



# Hospital São Vicente

|                                                                                                                                     |                               |                                     |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Data do Atendimento: 27/07/2017                                                                                                     |                               | Nº Registro: 000140366              |                           |
| Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO 203 - TRAUMA. MASC. 01                                                   |                               |                                     |                           |
| Data Nascimento: 04/02/1972                                                                                                         | Idade: 45                     | Sexo: Masculino                     | Cor: Preta                |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                                                                                           | Profissão: AGRICULTOR         | Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA | Nacionalidade: Brasileiro |
| Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO                                                                                        |                               | Mãe: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA    |                           |
| Endereço: DONA LAURA MARIANO 124                                                                                                    |                               |                                     |                           |
| Bairro: SAO BRAZ                                                                                                                    | Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA | Estado: PE                          | Telefone: (87) 99982-1929 |
| ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:                                                                                                            |                               |                                     |                           |
| Acidente de Trânsito [ ]                                                                                                            |                               | Acidente de Trabalho [ ]            |                           |
| Suicídio [ ]                                                                                                                        |                               | Casual [ ]                          |                           |
| Outros [ ]                                                                                                                          |                               | Outros Acidentes [ ]                |                           |
| Agressão [ ]                                                                                                                        |                               |                                     |                           |
| Nome do Acompanhante:                                                                                                               |                               | Telefone para Contato:              |                           |
| Endereço:                                                                                                                           |                               |                                     |                           |
| Local da Ocorrência:                                                                                                                |                               |                                     |                           |
| ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Lesão no membro superior direito, dor, edema, hematomas, ferimento perfurante no antebraço direito.</i> |                               |                                     |                           |
| Diagnóstico Inicial: <i>fratura / luxação do T. de T.</i>                                                                           |                               |                                     |                           |
| S.A.D.T.                                                                                                                            |                               |                                     |                           |
| Diagnóstico Final: <i>FRAT. LUXAÇÃO T. de T. (D)</i>                                                                                |                               |                                     |                           |
| CONDIÇÃO DE ALTA                                                                                                                    |                               | MOTIVO DA ALTA                      |                           |
| Melhorado [X]                                                                                                                       | Decisão Médica [X]            |                                     |                           |
| Inalterado [ ]                                                                                                                      | Alta a Pedido [ ]             |                                     |                           |
| Piorado [ ]                                                                                                                         | Transferência [ ]             |                                     |                           |
| Óbito+48h [ ]                                                                                                                       | Evasão [ ]                    |                                     |                           |
| Óbito-48h [ ]                                                                                                                       | Indisciplina [ ]              |                                     |                           |
| Data do Internamento: 27/07/17                                                                                                      |                               | Data da Alta: 29/7/17               |                           |
| Local:                                                                                                                              |                               | Médico Responsável:                 |                           |
| Óbito em: / /                                                                                                                       |                               |                                     |                           |
| Hora: / /                                                                                                                           |                               |                                     |                           |

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO-OPVAT

Dr. André Peixoto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 18426

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

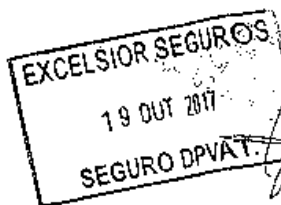
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PETE EM DDH
- ② ABSESSO ANTERTERTIA
- ③ ABSESSO EM FOSSETO
- ④ INCISÃO MEDIAL E LATERAL
- ⑤ PROVEDOR ELONDA
- ⑥ FIXAÇÃO CI PLACA, PARAFUSOS E FIO
- ⑦ LAVO CI UTO, 9%
- ⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião



Documentos de Identificação



|                                                                                                                                       |                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>REPÚBLICA DE PORTUGAL</p> <p>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</p> <p>SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA</p> <p>DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</p> |                                                                                                     |
| <p>NOME</p> <p><b>LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO</b></p>                                                                             |                                                                                                     |
| <p>VALIDADE DO IDENTIFICANTE NACIONAL</p> <p><b>1421431312</b></p>                                                                    | <p>BOL. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO</p> <p><b>4915632 SDB PE</b></p>                                  |
|                                                                                                                                       | <p>CPF</p> <p><b>900.130.294-68</b></p>                                                             |
|                                                                                                                                       | <p>DATA NASCIMENTO</p> <p><b>04/02/1972</b></p>                                                     |
|                                                                                                                                       | <p>FILIAÇÃO</p> <p><b>COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO</b><br/> <b>VICÊNCIA FRANCISCA DA SILVA</b></p> |
| <p>PERMISSÃO</p> <p><b>05828334560</b></p>                                                                                            | <p>VALIDADE</p> <p><b>27/07/2020</b></p>                                                            |
| <p>VALIDADE DO IDENTIFICANTE NACIONAL</p> <p><b>1421431312</b></p>                                                                    | <p>VALIDADE DO IDENTIFICANTE NACIONAL</p> <p><b>24/02/2016</b></p>                                  |
| <p>OBSERVAÇÕES</p> <p><b>SAK</b></p>                                                                                                  |                                                                                                     |
| <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p><i>Luiz Camilo da Silva Nascimento</i></p>                                                           |                                                                                                     |
| <p>LOCAL</p> <p><b>AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE</b></p>                                                                                 | <p>DATA EMISSÃO</p> <p><b>02/03/2017</b></p>                                                        |
| <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p><i>Cláudio Antônio Sousa Ribeiro</i><br/>         Diretor Presidente</p>                              |                                                                                                     |
| <p>PERNAMBUCO</p>                                                                                                                     |                                                                                                     |

EXCELSIOR SEGUROS

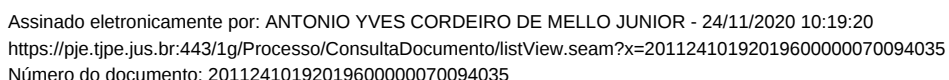
19 OUT 2017

SEGURO DPVAT.





EXCELSIOR  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170562680 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CAMILO DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM EDEMA EM PERNA DIREITA, LESÕES CUTÂNEAS NO LOCAL DA CIRURGIA E LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO E FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

**CRM do médico:** 19340

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

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

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Outros

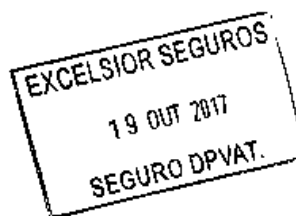


## DECLARAÇÃO

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

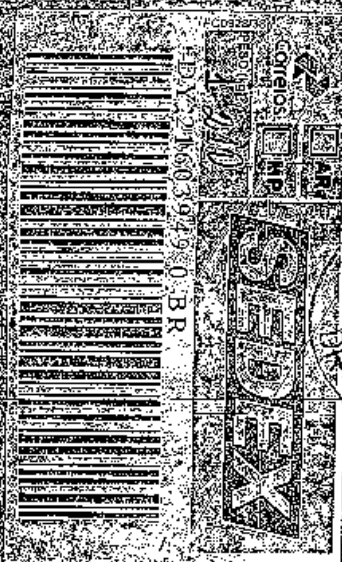
SERRA TALHADA, 04 de Outubro de 2017

X Benedita da Silva e Almeida



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT  
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175  
RECIFE ANTIGO  
RECIFE-PE  
50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS  
18 out. 2017  
JURIDICO



EXCELSIOR SEGUROS  
18 OUT 2017  
SEGURO DPVAT



DE: ROSANA MENEZES  
RUA: ORACIO DE ANDRADE  
103, SALA 02  
CENTRO  
SERRA TALHADA - PE  
CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGURO  
14 NOV 2017  
SEGURO DPVAT



## Procuração

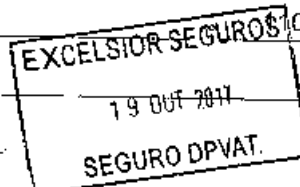
Procuração



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

1. Outorgante Luiz Camilo da Silva Nascimento  
portador(a) do documento de identidade nº 4.915.632, expedido por SDS/PE, em  
02/03/17, inscrito no CPF sob o nº 900.150.294-68, residente na  
Rua Quatro, nº 124  
complemento Casa, Bairro Conj. Benito Leuma Pama, cidade  
Araguari da Ingazeira, 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  
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade  
Serra Talhada, Estado PE.



Ampla 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, o especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Serra Talhada 27 de setembro de 2017.

Serviço Notarial

Outorgante

Edvoneide Maria da Costa



CARTÓRIO UMBERTO GOMES  
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro  
CEP: 55800-000 - Aracaju da Ingazeira (PE)  
Tel: (87) 3638-3301 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDVONEIDE MARIA DA COSTA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,78, FERC R\$ 0,39 Selo: 0150599.KSR0920170100917 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 28/09/2017 13:07:09 LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS- Substituto

Lucilio Valério S. dos Santos  
Escritor Substituto

*Lucilio Val*

