

10/5/2018 08:12

de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/sds/.infopol/xml/BOEPreview.html



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0115002063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às
08:32

Complementa o BO Número: 18E0115001977

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 17/3/2018 às 11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1, EM FRENTE
LIXÃO AGUAZINHA, - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GEDEÃO CORREIA BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
REGINALDO ALVES DE MOURA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO
ALVES DE MOURA**

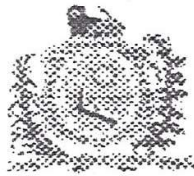
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**REGINALDO ALVES DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEPHA
MARIA DA CONCEICAO . Pai: NÃO DECLARADO , Data de Nascimento: 9/9/1964 Naturalidade:
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1578217/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Telefones Celulares:
- 987909942**

**Endereço Residencial: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 504 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
DO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115001977**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2018** às
09:28

7/5/2018 09:13

Complementa o BO Número: 18E0115001800

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 17/3/2018 às 11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1, EM FRENTE
LIXÃO AGUAZINHA. - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGINALDO ALVES DE MOURA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO
ALVES DE MOURA

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

REGINALDO ALVES DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEPHA
MARIA DA CONCEICAO, Pai: NÃO DECLARADO, Data de Nascimento: 9/8/1954 Naturalidade:
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1578217/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Telefones Celulares:
- 987909942

Endereço Residencial: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 604 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO ALVES DE MOURA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MOTOCICLETA HONDA 150CC VERMELHA PLACA NUMERO PEZ 6619 PROPRIEDADE
DO GEDEAO.



GEDEAO CORREIA BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GEDEÃO CORREIA BARBOSA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO ALVES DE MOURA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

e 2

10/5/2018 08:17

Letim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/sds/.infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MOTOCICLETA HONDA 150CC VERMELHA PLACA NUMERO PEZ 6619 PROPRIEDADE DO GEDEAO. .

Complemento / Observação

INFORMA QUE DESEQUILIBROU DA MOTO QUE GUIAVA NUMA LOMBADA E QUEBROU CINCO COSTELAS SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DOS SERVIDORES RECIFE ONDE FOI ATENDIDO .

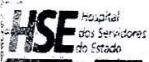
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

REGINALDO ALVES DE MOURA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOHNSON BANDEIRA DE MELO MAIA - Matrícula: 3507009



ASSINOU: TERMO DE RESPONSABILIDADE



COMANDA DE CONSUMO - SPA

NOME DO PACIENTE: Reginaldo Alves REGISTRO: 39193

DATA DE NASC: _____ PRONTUÁRIO: DE MOURA

NOME DA MÃE: _____ 31205

DATA ADM: 18/3/2018 DATA ALTA: 22/03/2018

Atualizada em: 09/01/2018

COD	DIARIAS E TAXA DE SALA	QTD
716	Day Clinic	
726	Repouso na Urgência	
718	Diaria de Enfermaria	05
TAXA DE EQUIPAMENTO / FATURAMENTO		
COD	Descrição do Consumo	
733	Tx de Nebulização C/Oxigenio	
736	Tx de Oxigênio por Hora	
738	Tx de Oxigênio por Minuto	
787	Tx de Monitor O2	
MEDICAMENTO		
COD	Descrição do Consumo	QTD
25	Água Destilada 10ml Amp.	12
467	Antak 2ml Amp. (RANITIDINA)	
433	Bextra 40mg. Amp. IV (PARECOXIB)	
231	Buscopam Comp. 5ml. Amp. (ESCOPAMLAMINA)	
99	Captopril 25 mg. Cpr.	09
132	Amicacina 500MG FA.	
142	Clonidina 0,100MG CPR. (ATENSINA)	
156	Clorexidina por ml	
188	Decadron 4mg. 2,5ml Amp. (DEXAMETASONA)	
194	Diazepam 10mg Amp.	
192	Diazepam Cpr.	
205	Dipirona 2ml Amp.	12
457	Prometazina amp. (FENERGAN)	
296	Glicose 50% 10ml Amp.	
313	Hidrocortisona 500mg. 5ml FA	
328	Insulina Regular 20% Amp.	
276	Lasix 2ml Amp. (FUROSEMIDA)	
361	Losartan 50mg Cpr.	
370	Metformina 850mg	
413	Omeprazol FA. 40mg	03
88	Plamet 2ml Amp. (BROMOPRIDA)	
	Plasil 10ml Amp. (METACLOPLAMIDA)	
119	Profenid 50mg. 2ml Amp. (CETOPROFENO)	01
114	Rocefin 1g	
494	Sinvastatina 40mg Cpr.	
290	Solução Glicerina 500ml.	
3	Clor. De Sódio 0,9% 100 ml (SORO FIS.)	01

MEDICAMENTO		QTD
154	Clor. Sódio 0,9% 250ml (SORO FIS.)	
155	Clor. Sódio 0,9% 500ml (SORO FIS.)	01
295	Glicose 5% 500ml. (SORO GLICOSADO)	
473	Soro Ringe C/Lactado 500ml.	
522	Tilatil 20mg FA.	05
195	Voltem 75mg. Amp.	
9	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG (AAS)	
437	BENZETACIL 1.200	
88	BROMOPRIDA SOL INJ 10 MG, 2 ML	
89	BROMOPRIDA SOL ORAL 4 MG/ML, 20 ML	
140	CLONAZEPAN 0,5 mg (RIVOTRIL)	
551	COMPLEXO B + VITAMINA C	
202	DIMETICONA GTS. (LUFTAL)	
539	TRAMADOL 50mg (TRAMAL)	08
168	CODEINA 30 MG + PARACETAMOL 500 MG (TYLEX)	
415	ONDANSETRONA 4MG, 2 ML	
416	ONDANSETRONA 8MG CP	
417	ONDANSETRONA 8MG, 4 ML FA	
431	PARACETAMOL 750mg	
454	Prednisona 20MG CPR.	
552	Complexo B Amp.	
551	Vitamina C Amp.	
MATERIAL DESCARTAVEL		
Codi	Descrição do Consumo	
566	Algodão Bola+Alcool	03
713	Borracha de Silicone	
591	Butterfly (Scalp)	
598	Cateter Jelco	22
599	Cateter P/Oxigenio	01
609	Compresa de Gaze 7,5 X 7,5	
618	Equipo C/Jetor Lateral	01
630	Esparrapado Micropore	20
646	Luva de Procedimento N/Est.	32
645	Luva de Procedimento Estéril	
667	Seringa 1cc, 3cc, 5cc	
665	Seringa 10cc	15
666	Seringa 20cc	04
634	FRALDA DESC	
730	Colar Cervical	
2715	Agulha 25x7	19



PROCEDIMENTOS COM SONDAS		QTDA.
1010	Kit - Lavagem Intestinal	
1011	Kit - Lavagem Gastrica	
1013	Kit - Sondagem Vesical	
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS		QTDA
1012	Kit - Sutura + Curativo	
	Kit - Drenagem + Curativo	
	Kit - Exeresse de Unha	
	Kit - Curativo	
EXAME DE PATOLOGIA		QTDA
Codigo	Descrição do Exame	
28010540	Creatinina	
28040481	Hemograma	
28010980	kit de HGT ☒	09
IONOGRAMA		
28010329	CALCIO	
28011210	POTASSIO	
28011279	SODIO	
28010892	FOSFORO	
28130367	Sumario de Urina	
28011368	TGO	
28011376	TGP	
28011414	Ureia	
1014	BIOQUIMICA	
98280201	TROPONINA	
28010566	CKMB	
28060865	PCR	
EXAME RADIOLOGICO		QTDA
Codigo	Descrição do Exame	
32050038	Rx do Torax PA.	
32080018	Rx do Abdomem	
20010010	Eletrocardiograma (ECG)	
33010021	USG ABDOMEM	
32040105	RX PÉ	
32010079	RX FACE	
32040035	RX JOELHO	
HONORÁRIOS		QTDA
	CONSULTA MÉDICA	02
	VISITA HOSPITALAR	

559	Aguilha de Insulina	
OUTRAS OBSERVAÇÕES		
el. ENalapul 20mg		01
el. ENalapul 10mg		02
EXCELSIOR SEGUROS 10 MAI 2018 SEGURO DPVAT		
el. Ruvigian Torax PA		01
el. Ruvigian Flaco		01
el. Ruvigian geral		01

ASSINATURA ENFERMAGEM:

ASSINATURA FATURISTA:

Maria da Paz dos Santos
 COREN-PE 33212E
 Faturado: 22/05/2018



COMANDA DE CONSUMO - SPA

NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Alves

REGISTRO:

390978

DATA ENT:

/ /

DATA ALTA:

/ /

PRONTUARIO:

Atualizada em: 07/07/2017

COD	DIARIAS E TAXA DE SALA	QTDA
716	Day Clinic	
726	Repouso na Urgência	
718	Diária de Enfermaria	
TAXA DE EQUIPAMENTO / FATURAMENTO		
COD	Descrição do Consumo	
733	Tx de Nebulização C/Oxigenio	
736	Tx de Oxigênio por Hora	
738	Tx de Oxigênio por Minuto	
87	Tx de Monitor O ₂	
MEDICAMENTO		QTDA
COD	Descrição do Consumo	
25	Água Destilada 10ml Amp.	
467	Antak 2ml Amp. (RANITIDINA)	
433	Bextra 40mg. Amp. IV (PARECOXIB)	
231	Buscopam Comp. 5ml. Amp. (ESCOPAMLAMINA)	
99	Captopril 25 mg. Cpr.	
132	Amicacina 500MG FA.	
142	Clonidina 0,100MG CPR.(ATENSINA)	
156	Clorexidina por ml	
188	Decadron 4mg. 2,5ml Amp. (DEXAMETASONA)	
34	Diazepam 10mg Amp.	
192	Diazepam Cpr.	
205	Dipirona 2ml Amp.	
457	Prometazina amp. (FENERGAN)	
296	Glicose 50% 10ml Amp.	
313	Hidrocortisona 500mg. 5ml FA	
328	Insulina Regular 20% Amp.	
276	Lasix 2ml Amp. (FUROSEMIDA)	
361	Losartan 50mg Cpr.	
370	Metformina 850mg	
413	Omeprazol FA.	
88	Plamet 2ml Amp. (BROMOPRIDA)	
	Plasil 10ml Amp. (METACLOPLAMIDA)	
119	Profenid 50mg. 2ml Amp. (CETOPROFENO)	
114	Rocefin 1g	
494	Sinvastatina 40mg Cpr.	
	Solução Glicerina 500ml.	

MEDICAMENTO		QTDA
154	Clor. Sódio 0,9% 250ml (SORO FIS.)	
155	Clor. Sódio 0,9% 500ml (SORO FIS.)	
295	Glicose 5% 500ml.(SORO GLICOSADO)	
473	Soro Ringe C/Lactado 500ml.	
522	Tilatil 20mg FA.	
195	Voltarem 75mg. Amp.	
9	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG (AAS)	
436	BEZENTACIL 1.200	
88	BROMOPRIDA SOL INJ 10 MG, 2 ML	
89	BROMOPRIDA SOL ORAL 4 MG/ML, 20 ML	
140	CLONAZEPAN 0,5 mg (RIVOTRIL)	
551	COMPLEXO B + VITAMINA C	
202	DIMETICONA GTS. (LUFTAL)	
539	TRAMADOL 100mg (TRAMAL)	
168	CODEINA 30 MG + PARACETAMOL 500 MG (TYLEX)	
415	ONDANSETRONA 4MG,2 ML	
416	ONDANSETRONA 8MG CP	
417	ONDANSETRONA 8MG,4 ML FA	
431	PARACETAMOL 750mg	
454	Prednisona 20MG CPR.	
552	Complexo B Amp.	
551	Vitamina C Amp.	
MATERIAL DESCARTAVEL		
Cod	Descrição do Consumo	
566	Algodão Bola+Alcool	
713	Borracha de Silicone	
591	Butterfly (Scalp)	
598	Cateter Jelco	
599	Cateter P/Oxigenio	
609	Compresa de Gaze 7,5 X 7,5	
618	Equipo C/Jetor Lateral	
630	Esparradrapo Micropore	
646	Luva de Procedimento N/Est.	
645	Luva de Procedimento Estéril	
667	Seringa 1cc,3cc,5cc	
665	Seringa 10cc	
666	Seringa 20cc	
634	FRALDA DESC	
730	Colar Cervical	



Carrefour Soluções Financeiras

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

☐ NÃO RECEBI O BEM
☐ DESCONHEÇO O BEM
☐ NÃO EXISTE O BEM
☐ ENDEREÇO INCORRETO
☐ MUDANCEI

☐ INF. ESPEC. P. P. PORT. BRO. OU SINDICO
☐ RECUSADO
☐ FALSIDADE
☐ AUSENTE

ASSINATURA DO ENTREGADOR:

RECEBADO AO
SERVIÇO POSTAL EM



CTC RECIFE PE PL2
 REGINALDO MOURA
 AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY 604 CS
 SAO BENEDITO
 53270-320 OLINDA-PE



7210190783609586696068558530150218

00000000000000000000
 DATA DE POSTAGEM 13/02/2018



O Cartão Carrefour cobra tarifa de anuidade. Consulte tabela vigente. O cumprimento de qualquer oferta está vinculado a regularidade e pontualidade do pagamento da fatura. Condições válidas somente para pagamento com o Cartão Carrefour.

Assine o Cartão Carrefour (cancelamento e redemissão) todos os dias. Zeros: 1º e 2º dígitos 0800 722 0363 e 0800 704 0235 (exceto para cliente portadores de dívida auditada e/ou de falha) (Quarta): De segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 08:30h às 17:30h, horário de Brasília. Telefone 0800 722 0422 (é necessário registrar nº de protocolo via SAC)

Regiões Metropolitanas 4004 6200
 Demais Localidades 0800 709 6200
 Exceto domingos e feriados.





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **REGINALDO ALVES DE MOURA**, portador do R.G. de nº 1.578.217 - SDS-PE, CPF – 217.137.234-68, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 451867, no dia 17/03/2018, aproximadamente a 12:05h, na 2ª Perimetral – Ouro Preto - Olinda-PE, em frente a Hotel Status, via pública causas externas, colisão (queda de moto) encaminhado para Hospital dos Servidores do Estado-PE.

Olinda, 18 de abril de 2018.


Rosilene Mª Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
Mat.: 25.724-9

Rosilene Mª M. Gomes
Téc. Adm./SAMU 192 – Olinda



Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.

E-mail: samu.olinda@hotmail.com

Fone: 81 – 3439-6523



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO ALVES DE MOURA**
Nº Sinistro: **3180213921**
Vitima: **REGINALDO ALVES DE MOURA**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180213921**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Cartanº 12798992



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO ALVES DE MOURA**
Nº Sinistro: **3180213921**
Vítima: **REGINALDO ALVES DE MOURA**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180213921**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00413/00414 - carta_01 - INVALIDEZ



00020207

Cartão nº 12903842





DEFENSORIA
PÚBLICA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

NOME: REGINILDO ALVES DE MOURA
Nº RG: 5.578.257 ORGÃO EXP.: SDS-PC Nº CPF: 237.537.239-68
ENDEREÇO: Av. Salvador de Mendonça, 607
BAIRRO: São Benedito CIDADE: Olinda UF: PE
CEP: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____
TEL: (85) 987458854 TEL. PARENTE/AMIGO: (_____) _____

DECLARO, com fundamento no Artigo nº 98 do Código do processo Civil, que não possuo condições financeiras para arcar com as custas e despesas processuais, selos emolumentos cartorários, e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento ou da minha família, razão pela qual requer a concessão dos benefícios da JUSTIÇA GRATUITA. Responsabilizo-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Olinda, 33 de outubro de 2018

* Reginildo Alves de Moura
(Assinatura do declarante)

Assinaturas "a rogo" do declarante

TESTEMUNHAS:

1- _____

2- _____

RG: _____

RG: _____

CPF: _____

CPF: _____

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Reginaldo Alves de Moura

CPF da Vítima

217.137.234-68

Data do Acidente

17-03-18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9942

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Recife, 09 de maio de 2018

Local e Data

Reginaldo Alves de Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

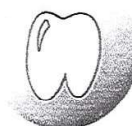
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Alergologia - Angiologia - Cirurgião vascular - Cardiologia - Eletrocardiograma
Parecer Cardiológico - Clínica Médica - Densitometria Óssea - Dermatologia
Ecocardiograma - Endocrinologia - Gastroenterologia - Ginecologia - Mastologia
Neurologia (Neuro-cirurgião) - Nutricionista - Odontologia - Oftalmologia
Ortopedia - Otorrino - Pneumologia - Preventivo (Colposcopia e Colpocitologia)
Psicologia - Reumatologia - Ultrassonografia - Urologia



3421.9141

Reginaldo Alves de Souza

Distrito Civil

O paciente relata queda de cabelo,
há 20 dias, em todo o corpo, à
diante. A evolução mostra de
quente a cãibra e os cabelos di-
vidos. Necessita de repouso por
30 dias. S22.3

16/04/18

Atendimento com Qualidade

Rua do Espinheiro, 71 - Espinheiro - Recife - PE - CEP: 52.020-020





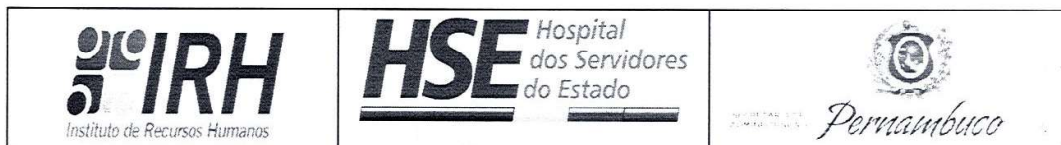
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. REGINALDO ALVES DE MOURA, foi atendido pelo Serviço de Pronto Atendimento do Hospital dos Servidores do Estado - HSE, no dia 18/03/18, conforme ficha de atendimento em anexo.

Recife, 26 de Abril de 2018.


HSE
Menandro Bezerra de Melo Martins
CRM - 14418
Gestor da Unidade de Emergência
Dr. Menandro Martins
GESTOR DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA SPA





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. REGINALDO ALVES DE MOURA, foi atendido pelo Serviço de Pronto Atendimento do Hospital dos Servidores do Estado - HSE, no dia 17/03/18, conforme ficha de atendimento em anexo.

Recife, 07 de Maio de 2018.

HSE
Menandro Bezerra de Melo Martins
CRM - 14418
Gestor da Unidade de Emergência

Dr. Menandro Martins
GESTOR DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA SPA





Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Paciente _____: 117162-Reginaldo Alves De Moura
Data _____: 19/03/2018
Nº Laudo _____: 11595431
Dat. Nasc. _____: 09/08/1954

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TÉCNICAS DE EXAME:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

COMENTÁRIOS:

Traquéia centrada, com calibre conservado.

Carina e brônquios fonte péricios.

Não há evidências de linfonodomegalias mediastinais, detectáveis ao método.

Pneumotórax laminar à direita.

Consolidações parenquimatosas com cavitações de permeio e estrias fibroatelectásicas adjacentes no lobo inferior do pulmão esquerdo, provavelmente relacionadas a processo específico em atividade.

Estrias fibroatelectásicas nos segmentos basais laterais e posteriores de ambos os pulmões, notadamente à direita.

Espessamento pleural basal à direita.

Estruturas vasculares mediastinais de morfologia e calibre normais. Aorta ateromatosa.

Coração com aspecto tomográfico normal.

Fratura da porção anterior do 4º arco costal direito.

Espondilose.

Rodrigo Moura de Paula

Dr Rodrigo de Paula CRM PE - 11074



Rua Guilherme Pinto 100 | Graças | Recife/PE
CEP 52.041-210 | Fone: (81) 3445.1220





Multimagem

Centro Diagnóstico | Grupo José Rocha de Sá

Paciente: REGINALDO ALVES DE MOURA
Rg: 1578217
Solicitante: JOSE GILSON FERREIRA MONTEIRO
Convênio: IPSEP - 30A
Data: 11/04/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

INDICAÇÃO DO EXAME:

- Paciente vítima de trauma há 15 dias, evoluindo com dor torácica.

TÉCNICA DO EXAME:

- Aquisição volumétrica, sem contraste, com posterior reformatações multiplanares e protocolo de alta resolução.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

1. Como dado mais importante para esta avaliação, destacamos fraturas do quarto, quinto, sexto, sétimo e oitavo arcos costais à direita, notando-se discreto desalinhamento no sexto arco, achado relacionado ao antecedente traumático.
2. O achado acima citado acompanha-se de moderado derrame pleural à direita, questionando-se ser loculado e associado a discreta atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente.
3. As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição dentro dos limites da normalidade, notando-se aterosclerose aórtica e coronária.
4. Sinais de espondilose dorsal.
5. Não individualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaço no mediastino ou nos hilos pulmonares.
6. Traquéia, carina e brônquios principais péricios e de calibre e contornos normais.
7. Pulmão esquerdo com transparência de trama vículo-brônquica aparentemente preservada.

EXCELSIOR SEGUROS

10 MAI 2018

DE PRÓXIMA | CANCER DE PÂNCREAS

Multimagem Sabin - Rua Frei Irmãos Tevis, 194 - Ilha do Leite - Recife - PE - CEP: 50070-450 - Fone: (81) 2102.1777



Cuidando de Você



Multimagem

Centro Diagnóstico | Grupo José Rocha de Sá

Obs.: Estamos utilizando tecnologia de conhecimento de voz para a elaboração dos relatórios dos exames realizados na nossa clínica. Isto pode gerar alguns erros de grafia que, mesmo após revisão do laudo impresso, podem passar despercebidos. Estamos à disposição para rever este exame e seu relatório, caso sejam encontrados erros de reconhecimento de palavras ou ortográficos.

/wg

PAULO HENRIQUE - CRM: 16237

Obs: As informações deste exame representam a **impressão diagnóstica** através da interpretação do médico radiologista. O relatório não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as doenças são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

A Multimagem, preocupada com a sustentabilidade e a preservação do meio ambiente e aliada a mais alta tecnologia em imagem diagnóstica, está substituindo a impressão de filmes radiográficos, por documentação em papel. Ainda pelos mesmos motivos citados e se adequando a nova realidade mundial, estamos implementando a documentação em mídia eletrônica (CD ou DVD).

A Mídia Eletrônica, tem vantagens de ser facilmente arquivada e não oferecer maiores riscos ao meio-ambiente, é facilmente manuseada e possibilita interagir com as imagens por meio de várias ferramentas acopladas ao programa de visualização.



HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO PERNAMBUCO HSE
CONSELHEIRO ROQUE SILVA, AFLITOS, Recife - PE
CEP: 52023-220, Fone: (81) 3183-4500 | (81) 3183-4684



Amarelo

FICHA DE ATENDIMENTO

1º de atendimento 391193	Data e Hora do Atendimento 18/03/2018 18:10	Prontuário LAVITE 000139338	Local de Entrada SPA
-----------------------------	--	--------------------------------	-------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: REGINALDO ALVES DE MOURA

CNS: Nascimento: 09/08/1954 Idade: 63 Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação: Nao informado Documento do Titular: 09588060478

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PAULISTA N/ 240 Complemento:

Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA UF: PE Telefone:

Acompanhante: CRISTIANE

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Meio de Transporte:

Dados da triagem

TOPEDIA: , CLÍNICA MÉDICA: , CLÍNICA CIRÚRGICA:

Assinado Teuma 22/03/18

PACIENTE REFERE DOR EM TÓRAX APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 DIA. APRESENTA TOSSE COM COÁGULOS DE SANGUE

REFERE HAS

PA 200X90MMHG

NEGA DM

NEGA ALERGIA

HD: Espondilite

Anquilose

NEPI - HSE

Data: 20/03/18

CRM:

Atendimento Médico:

Data: 18/03/18 Hora: 18:20 Médico: IZABELLE OLIVEIRA

Queixa Principal:

HD: Acidente de moto há 1 dia. Enjôo com náusea e dor importante.

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bom

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Abertura Ocular Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
--------------------------	---	---

Assinado eletronicamente por: MYRTA MACHADO RODOLFO DE FARIAS - 13/12/2018 14:14:35

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121314143584400000038582474

Número do documento: 18121314143584400000038582474

Num. 39144009 - Pág. 1

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedimento

1) Trauma
Fratura
S. Tiltz
2) SFO, a. 100cm
Proteção dialeptu.

Isabelle Oliveira
Médica
CRM-PE: 22957

Ass. Médico + Carimbo

Ação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Thamirys Nogueira
COREN-PE 521.786 - ENF

Óstio Definitivo:

Óstio do Caso:

Amo ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

erido para:

ado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

zação para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: Data: / / Hora:

de Responsabilidade para Internamento

ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome Completo Legível:

Assinatura:

onsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Nome Completo Legível: REGINALDO ALVES DE MOURA



HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO PERNAMBUCO HSE
CONSELHEIRO ROSA E SILVA, AFLITOS, Recife - PE
CEP: 52020-220, Fone: (81) 3183-4500 | (81) 3183-4684

HSE

Amarelo

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº do atendimento 390978	Data e Hora do Atendimento 17/03/2018 12:46	Prontuário LAVITE 000139338	Local de Entrada SPA
-----------------------------	--	--------------------------------	-------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: REGINALDO ALVES DE MOURA

CNS: Nascimento: 09/08/1954 Idade: 63 Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação: Nao informado Documento do Titular: 09588060478

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PAULISTA N/ 240 Complemento:

Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA UF: PE Telefone:

Acompanhante: SOZINHO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

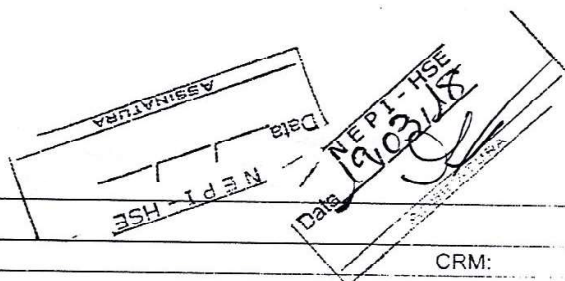
Procedência: Meio de Transporte:

Dados da triagem

DOR TORÁCICA: ., CLÍNICA MÉDICA:

PACIENTE RELATA QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RELATA DOR TORACICA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES NO QUEIXO]

HAS 200/90MMHG
DM 237
NEGA ALERGIA



Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

HDA: Dor em torax após acidente de moto com

lh. Usga Usga no queixo e comecou



Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório *Requisito: Comum, anafixo, expir*

WFF em ART MKA

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

PCR 2T BAF 8155

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Score: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Score: 5 Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Score: 6 Hora:



E: Abdômen <i>tenso, doloroso em hemicolono D, S1</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>1) Poliquematomas</i>	
Exames Solicitados:	
Resultado dos Exames:	Cód. Procedimento
Tratamento/Procedimento: <i>1) Rx de torax + pelvis + crânio 2) Imunossupressores 1g + 500mg 3) C. qual 4) Captopril 10mg - 100mg</i>	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
<i>Curto gatilho 1500</i> <i>Paciente vítima de acidente de trânsito há 4 horas</i> <i>Após trauma múltiplo com lesões em membros superiores e inferiores.</i> <i>Exame físico: FC 68bpm; PA: 120/70; RR: 18; SpO2: 98%;</i> <i>Diagnóstico Definitivo: Contusão e fratura de fêmur direito.</i>	
Diagnóstico do Caso: <i>Fratura de fêmur direito</i> Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐	
Transferido para: <i>UTI - 01 Ra + SE 9, 9</i> Internado na Clínica: <i>17:40</i>	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	
Médico: <i>[Assinatura]</i>	CRM: <i>23913</i> Data: <i>/ /</i> Hora: <i>/</i>
Termo de Responsabilidade para Internamento	
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: <i>/ /</i>	Nome Completo Legível: <i>[Assinatura]</i>
Nº da Identidade: <i>[Assinatura]</i>	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.	
Data: <i>/ /</i>	Nome Completo Legível: <i>[Assinatura]</i>
entidade: <i>[Assinatura]</i>	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>



ASA-0167466/18

→ Sinistro: 3180 2189 21



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E D/I

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reginaldo Alves de Nova
 DATA DO ACIDENTE 17-03-18 CPF DA VÍTIMA 21.137.239.68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ PROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO, DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO (SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RES (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/79
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) 1 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR
- GABRIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

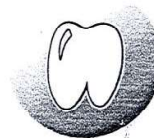
DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA S

IDENTIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA Myrta Machado Rodolfo de Farias ASSINATURA _____



Alergologia - Angiologia - Cirurgião vascular - Cardiologia - Eletrocardiograma
Parecer Cardiológico - Clínica Médica - Densitometria Óssea - Dermatologia
Ecocardiograma - Endocrinologia - Gastroenterologia - Ginecologia - Mastologia
Neurologia (Neuro-cirurgião) - Nutricionista - Odontologia - Oftalmologia
Ortopedia - Otorrino - Pneumologia - Preventivo (Colposcopia e Colpocitologia)
Psicologia - Reumatologia - Ultrassonografia - Urologia



3421.9141

999715056

Segunda e quarta
pela manhã.

Dr. André Porto
Ortopedia/Neumologia
CRM - 18.121.341-5

Atendimento com Qualidade

Rua do Espinheiro, 71 - Espinheiro - Recife - PE - CEP: 52.020-020



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE USPE - UNIDADE DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PERNAMBUCO CRM: 4144 - Médico - Cirurgião Rua do Espinheiro, 71 - Espinheiro - Recife - PE CEP: 52020-020 - Fone (81) 3221.8850	1ª Via Branca - Farmácia 2ª Via Branca - Paciente
---	--

Paciente: Regina de Azevedo de Moura

Endereço: _____

Prescrição: Prescrição 14
para a cirurgia de 8/8/10
no se dor

AL 64/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: Ident.: Órg. Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR DATA ____/____/____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
--	---



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª Via Branca - Farmácia
USPE - UNIDADE DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PERNAMBUCO <i>CRM: 4144 - Médico - Cirurgião</i> Rua do Espinheiro, 71 - Espinheiro - Recife - PE CEP: 52020-020 - Fone (81) 3221.8850	2ª Via Branca - Paciente

Paciente: Reginaldo Alves de Sousa

Endereço: _____

Prescrição: Arbico na

გენი 1 კონკრეტული არ 8 | 8 რე-

ms Sk Don

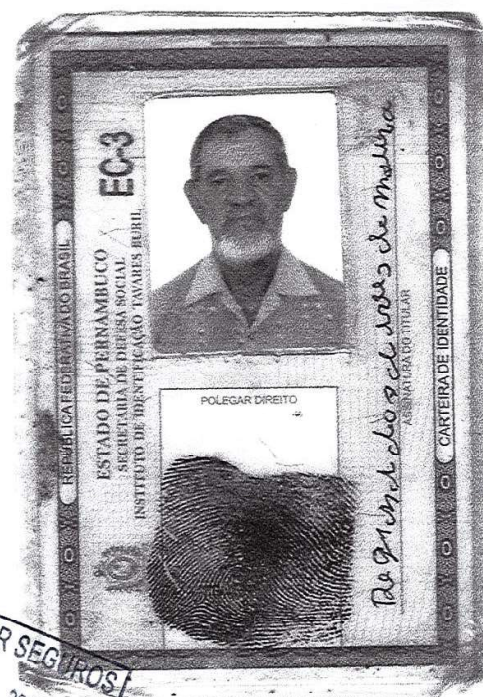
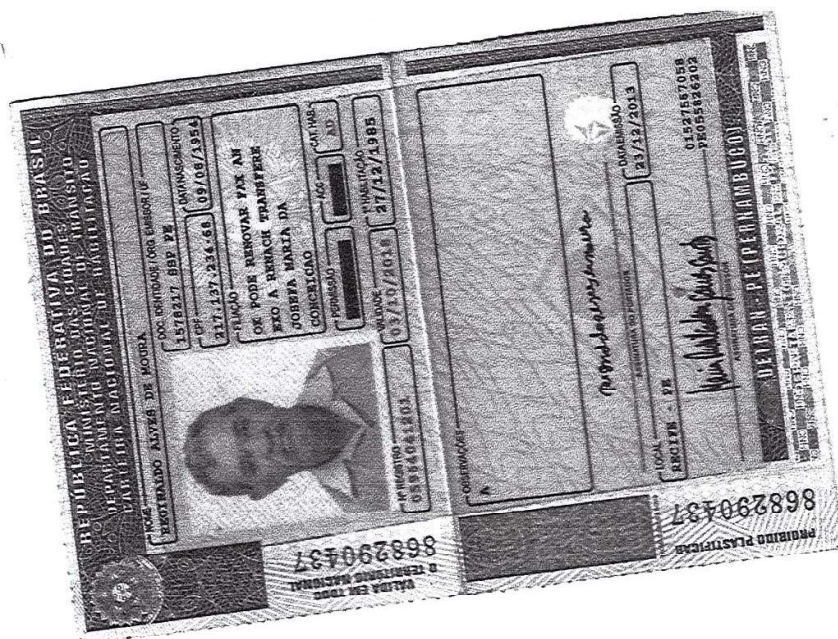
Dr. Andre Porto
Ortodontia e Traumatologia

[Faint handwritten notes at the bottom of the page, possibly bleed-through from the reverse side.]

16	24	18	18	18
----	----	----	----	----

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Ident.:	Org. Emissor:		
End.:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			DATA ____/____/____
		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	





EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
1ª Vara Cível da Comarca de Olinda

AV PAN NORDESTINA, S/N, Km 4, Vila Popular, OLINDA - PE - CEP: 53010-210 - F:(81) 34615600

Processo nº **0154127-69.2018.8.17.2990**

AUTOR: REGINALDO ALVES DE MOURA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DESPACHO

Defiro o pleito de gratuidade da justiça.

Defiro o pleito de gratuidade da justiça.

1. Trata-se de ação de cobrança de valor referente a prêmio de seguro obrigatório DPVAT por invalidez permanente, decorrente de acidente de trânsito, em que o demandante argumenta que ocorreu diminuição permanente de sua capacidade laborativa.
2. Deixo de designar, audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do NCPC, pois a praxe forense já demonstrou que, nesse momento, não há possibilidade de composição entre as partes, haja vista a inexistência de prova pericial a respeito das eventuais lesões sofridas pela parte autora.
3. Assim, determino **imediatamente a citação** da parte requerida, via AR, para, querendo, apresentar os quesitos complementares, e para requerer o que entender oportuno, incluindo a designação de eventual assistente técnico, no prazo de 15 dias. Em caso de eventual proposta de conciliação, **intime-se** o requerente sobre esta, e, em caso positivo, venham-me os autos conclusos para apreciação de eventual homologação.

