

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 672677

Prontuário: 293995

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data Nasc.: 06/09/1969

Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 3213768

CNS: 700407419001740

Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BRAS

Nº: 122

Bairro: SÍTIO DOS PINTOS

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52171170

Fone: 81970120

Profissão:

Nome da Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Acompanhante: MAURICEIA DIAS MARIZ

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA TORROES

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5593635. REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM DOR EM OMBRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO

DATA: 07/01/2015

HORA: 18:47

n Médico:

Queixa Principal / HDA: *REFERE DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO
DIREITO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HA 8 HM.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações: *REFUTA QUE BEBEOU 14 HM. E SE ACIDENTOU SEM ALCALCOOL*

Exame Físico:

A: Geral *BOM* Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Te ip.: Cº

COMO, EVANGILIO, HEMITADO

C: Respiratório

NO NORMAL

C: Circulatório

PA: x mm

Pulso: bpm:

NO NORMAL

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

NO NORMAL

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAR 2015

Rua da Aurora, 175, 51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 18:35

Nome Paciente: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/03/1969
Sexo: Masculino
Idade: 49
Senha: E0041
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/01/2019 18:37 - 07/01/2019 18:38

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE HIPOCORADO REFERE COLISÃO LATERAL MOTO X CARRO. HÁ 6HS. QUEIXANDO - SE DE DOR EM OMBRO DIR.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 18:38

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Fone: 81 98197-0120

Endereço: R SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS. RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 **Nº pág.:** 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO
CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

ALERGIA MEDICAMENTOSA (-) HAS (-) DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE DOR EM OMBRO DIREITO
APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

A- VIAS AERIAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2-0 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Nº registro: **653741**

Idade: **19 ANOS (S)**
Sexo: **Masculino**

Endereço: **R. SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS. RECIFE - PE**

Data/hora: **07/01/2019 - 12:04** Nº **653741**

Fone: **81 98197-0120**

C - DICA LENTE, ADOÇÃO DE LENTE, FC: **PAULO A SO MMHG**

N. GLASGOW **15**

E - DOR EM OMBRO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO

OBSERVAÇÕES:

Evolução do paciente:

FEITO ANALGÉSIA, TENTANDO REALIZAR REDUÇÃO SEM SUCESSO

ENCAMINHO PARA REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

HGV- TRAUMATO

SENHA 5593635

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIADO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

Dra. Fabiana Emerenciana
Coord. Médica - CRM 171
UPA Torrões

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: **22186**

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martin - Cordeiro
Recife/PE - CEP 51.040-000
Fone: (0XX) 51.31845800

05.80.00000000-41
REGISTRO DE SEGUROS LTDA
20 MAI 2013
Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 51.050-010
RECIFE-PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen HOMEN	
SLM TRAUMA DE FÓRMIGAS EM BOM DIA	
Diagnóstico Inicial: FRATURA DE BASTÃO DE UMBILICO DIAPHRAGMA	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: RX	Código Procedimento: Dr. Sérgio Tavares Traumato - Ortopedia CRM. 9741 Mat. 230222-5 Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos: AO BLOCO CIRURGICO ANESTESIA	Código Procedimento: Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução da Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS	Impressão: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE

Médico

22/01/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) MANCOI

LUIZ ALUI RODRIGUES

, necessita de 15
QUINZE dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: 542

H. G. V.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIFE 07/01/19
LOCALIDADE E DATA

Dr. Sérgio Tavares
Tratamento - Ortopedia
CRM: 9744
Mat. 230222-5

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades
previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto
nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Contorno
Recife/PE - CEP 50.060-060
Fone: (081) 31845000

HGV 1017 V 1 2013

ALVES

MANCOI LUIZ
RODRIGUES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

22/04/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Marcos

Luiz Azeiteiro Rodrigues

, necessita de 15

dias

de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S42

H. G. V.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIFE 07/01/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Sérgio Tavares
Ortopedista - Ortopedia
CRM: 9741
Mat. 230229/5

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Candeia

Recife/PE - CEP 50.000-000

Fone: 0800 81.21845600

HGV.1017 V 1.2013

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

1. Ocorrência da Emergência: 672677

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 18 horas e 47 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 293995

2.1 - Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 10/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 07/01/19 = REDUÇÃO DA LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRABALHO.

DATA: 15.4.2019

HORA: 09:28:53

PASTA: 01.03.2019

TB

LP

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 30127 / Mat. 0586653

Dr. Tadeu Buril.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Nome: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Nº registro: **653741**

Dt. Nasc.: **06/03/69 - 49 ano (s)**

Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES**

Endereço: **R SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS. RECIFE - PE**

Data/hora: **07/01/2019 - 15:56** Nº pag.: **1/1**

Sexo: **Masculino**

Fone: **81 98197-0120**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE CONSUZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM REGIOA DE OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: 0

A- VIAS AEREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RIGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

C- BACIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR, FC: PA:110 X 80 MMHG

D- GLASGOW 15

E- DOR EM OMBRO DIRETI, SINAL DA DRAGONA POSITIVO

CONDUTA:

ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO | ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL

OBSERVAÇÕES : PACIENTE NAO GOPERATIVO FAZER REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getulio Vargas

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Senha: 5593635

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440


Airton Cesar Pereira de Sa Filho
CRM: 22186
Traumatologia

05.802.494/DUO 1-41

TRACAO CORRETO-RA
DE MESUNDO CIMA

28 MAI 77

Red. Itz. Agost. 10. 175. 14. 102. 11. 2

Box Vitor - 115- 102. 11. 2

RECIBO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTUA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MASSONE LUIZ ALVES RODRIGUES

RG: 1107152850

CPF: 012.146.889-92

DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1968

LOCAL DE NASCIMENTO: RECIFE - PE

DATA DE EMISSÃO: 20/06/1997

VALIDADE: 20/06/2007

ASSINATURA: *Massone Luiz Alves Rodrigues*

RECIFE - PE

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 P. MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

2138

2139

2140

2141

2142

2143

2144

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

2152

2153

2154

2155

2156

2157

2158

2159

2160

2161

2162

2163

2164

2165

2166

2167

2168

2169

2170

2171

2172

2173

2174

2175

2176

2177

2178

2179

2180

2181

2182

2183

2184

2185

2186

2187

2188

2189

2190

2191

2192

2193

2194

2195

2196

2197

2198

2199

2200

2201

2202

2203

2204

2205

2206

2207

2208

2209

2210

2211

2212

2213

2214

2215

2216

2217

2218

2219

2220

2221

2222

2223

2224

2225

2226

2227

2228

2229

2230

2231

2232

2233

2234

2235

2236

2237

2238

2239

2240

2241

2242

2243

2244

2245

2246

2247

2248

2249

2250

2251

2252

2253

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

2261

2262

2263

2264

2265

2266

2267

2268

2269

2270

2271

2272

2273

2274

2275

2276

2277

2278

2279

2280

2281

2282

2283

2284

2285

2286

2287

2288

2289

2290

2291

2292

2293

2294

2295

2296

2297

2298

2299

2300

2301

2302

2303

2304

2305

2306

2307

2308

2309

2310

2311

2312

2313

2314

2315

2316

2317

2318

2319

2320

2321

2322

2323

2324

2325

2326

2327

2328

2329

2330

2331

2332

2333

2334

2335

2336

2337

2338

2339

2340

2341

2342

2343

2344

2345

2346

2347

2348

2349

2350

2351

2352

2353

2354

2355

2356

2357

2358

2359

2360

2361

2362

2363

2364

2365

2366

2367

2368

2369

2370

2371

2372

2373

2374

2375

2376

2377

2378

2379

2380

2381

2382

2383

2384

2385

2386

2387

2388

2389

2390

2391

2392

2393

2394

2395

2396

2397

2398

2399

2400

2401

2402

2403

2404

2405

2406

2407

2408

2409

2410

2411

2412

2413

2414

2415

2416

2417

2418

2419

2420

2421

2422

2423

2424

2425

2426

2427

2428

2429

2430

2431

2432

2433

2434

2435

2436

2437

2438

2439

2440

2441

2442

2443

2444

2445

2446

2447

2448

2449

2450

2451

2452

2453

2454

2455

2456

2457

2458

2459

2460

2461

2462

2463

2464

2465

2466

2467

2468

2469

2470

2471

2472

2473

2474

2475

2476

2477

2478

2479

2480

2481

2482

2483

2484

2485

2486

2487

2488

2489

2490

2491

2492

2493

2494

2495

2496

2497

2498

2499

2500

2501

2502

2503

2504

2505

2506

2507

2508

2509

2510

2511

2512

2513

2514

2515

2516

2517

2518

2519

2520

2521

2522

2523

2524

2525

2526

2527

2528

2529

2530

2531

2532

2533

2534

2535

2536

2537

2538

2539

2540

2541

2542

2543

2544

2545

2546

2547

2548

2549

2550

2551

2552

2553

2554

2555

2556

2557

2558

2559

2560

2561

2562

2563

2564

2565

2566

2567

2568

2569

2570

2571

2572

2573

2574

2575

2576

2577

2578

2579

2580

2581

2582

2583

2584

2585

2586

2587

2588

2589

2590

2591

2592

2593

2594

2595

2596

2597

2598

2599

2600

2601

2602

2603

2604

2605

2606

2607

2608

2609

2610

2611

2612

2613

2614

2615

2616

2617

2618

2619

2620

2621

2622

2623

2624

2625

2626

2627

2628

2629

2630

2631

2632

2633

2634

2635

2636

2637

2638

2639

2640

2641

2642

2643

2644

2645

2646

2647

2648

2649

2650

2651

2652

2653

2654

2655

2656

2657

2658

2659

2660

2661

2662

2663

2664

2665

2666

2667

2668

2669

2670

2671

2672

2673

2674

2675

2676

2677

2678

2679

2680

2681

2682

2683

2684

2685

2686

2687

2688

2689

2690

2691

2692

2693

2694

2695

2696

2697

2698

2699

2700

2701

2702

2703

2704

2705

2706

2707

2708

2709

2710

2711

2712

2713

2714

2715

2716

2717

2718

2719

2720

2721

2722

2723

2724

2725

2726

2727

2728

2729

2730

2731

2732

2733

2734

2735

2736

2737

2738

2739

2740

2741

2742

2743

2744

2745

2746

2747

2748

2749

2750

2751

2752

2753

2754

2755

2756

2757

2758

2759

2760

2761

2762

2763

2764

2765

2766

2767

2768

2769

2770

2771

2772

2773

2774

2775

2776

2777

2778

2779

2780

2781

2782

2783

2784

2785

2786

2787

2788

2789

2790

2791

2792

2793

2794

2795

2796

2797

2798

2799

2800

2801

2802

2803

2804

2805

2806

2807

2808

2809

2810

2811

2812

2813

2814

2815

2816

2817

2818

2819

2820

2821

2822

2823

2824

2825

2826

2827

2828

2829

2830

2831

2832

2833

2834

2835

2836

2837

2838

2839

2840

2841

2842

2843

2844

2845

2846

2847

2848

2849

2850

2851

2852

2853

2854

2855

2856

2857

2858

2859

2860

2861

2862

2863

2864

2865

2866

2867

2868

2869

2870

2871

2872

2873

2874

2875

2876

2877

2878

2879

2880

2881

2882

2883

2884

2885

2886

2887

2888

2889

2890

2891

2892

2893

2894

2895

2896

2897

2898

2899

2900

2901

2902

2903

2904

2905

2906

2907

2908

2909

2910

2911

2912

2913

2914

2915

2916

2917

2918

2919

2920

2921

2922

2923

2924

2925

2926

2927

2928

2929

2930

2931

2932

2933

2934

2935

2936

2937

2938

2939

2940

2941

2942

2943

2944

2945

2946

2947

2948

2949

2950

2951

2952

2953

2954

2955

2956

2957

2958

2959

2960

2961

2962

2963

2964

2965

2966

2967

2968

2969

2970

2971

2972

2973

2974

2975

2976

2977

2978

2979

2980

2981

2982

2983

2984

2985

2986

2987

2988

2989

2990

2991

2992

2993

2994

2995

2996

2997

2998

2999

3000

3001

3002

3003

3004

3005

3006

3007

3008

3009

3010

3011

3012

3013

3014

3015

3016

3017

3018

3019

3020

3021

3022

3023

3024

3025

3026

3027

3028

3029

3030

3031

3032

3033

3034

3035

3036

3037

3038

3039

3040

3041

3042

3043

3044

3045

3046

3047

3048

3049

3050

3051

3052

3053

3054

3055

3056

3057

3058

3059

3060

3061

3062

3063

3064

3065

3066

3067

3068

3069

3070

3071

3072

3073

3074

3075

3076

3077

3078

3079

3080

3081

3082

3083

3084

3085

3086

3087

3088

3089

3090

3091

3092

3093

3094

3095

3096

3097

3098

3099

3100

3101

3102

3103

3104

3105

3106

3107

3108

3109

3110

3111

3112

3113

3114

3115

3116

3117

3118

3119

3120

3121

3122

3123

3124

3125

3126

3127

3128

3129

3130

3131

3132

3133

3134

3135

3136

3137

3138

3139

3140

3141

3142

3143

3144

3145

3146

3147

3148

3149

3150

3151

3152

3153

3154

3155

3156

3157

3158

3159

3160

3161

3162

3163

3164

3165

3166

3167

3168

3169

3170

3171

3172

3173

3174

3175

3176

3177

3178

3179

3180

3181

3182

3183

3184

3185

3186

3187

3188

3189

3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01372920672B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 10636259831 EXERCICIO 2018

NOME MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

RECIFE-PE

519.352.924-91 PLACA 20X7534

CHASSI 9C2JD2320E205692

VEICULO MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR125 BRCS BR

ANO FAB 2016 ANO INCL 2016

CATEGORIA 20/124CL COR/MED/DOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º VENC COTA UNICA 1º VENC/OCTAV

1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

DETRAN

CONTRAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU OUTROS - SEGURO DPVAT

PE Nº 01372920672B BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE EXERCICIO 2018 DATA EMISSAO 22/03/18

VIA 1 519.352.924-91 PLACA 20X7534

CHASSI 9C2JD2320E205692

VEICULO MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR125 BRCS BR

ANO FAB 2016 ANO INCL 2016

CATEGORIA 20/124CL COR/MED/DOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º VENC COTA UNICA 1º VENC/OCTAV

1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

PREMIOS 1º 2º 3º

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.035/0001-04

DESTAQUE S COPIAR O BILHETE DPVAT
E LEVAR AO POSTO OBRIGATORIO



DECLARAÇÃO

Número de Boletim

73421

Local:

ESTRADA DOS REMÉDIOS - Afogados

Data:

07/01/2019

Hora:

Veículo(s) de Placa(s)

PCX7534 - PCR5370 - - -

Natureza do acidente

Abaloamento Longitudinal

Vítima(s):

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 16 de janeiro de 2019

Celso Rodrigues
Chefe de VLTU
TAMARITINGAFabiano Ferraz
Diretor de Trânsito **CTTU**
AUTENTICAÇÃO PELA CTTUGPC
Ass. Recor.
Mat. Nº 10888-8

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-2605.802.494/0001-41
CNPJ/ME 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232-5300 - fax (81) 3232-5328
Email: cttu@recife.pe.gov.br

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PÁG. 04 09 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000004861

Conta: 0000012499-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 519.852.924-91 Nome completo da vítima: MAULOS LUIZ ALVES ROCHA

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

Nome completo: MAULOS LUIZ ALVES ROCHA CPF: 519.852.924-91
Profissão: SUPERVISOR Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BOM Número: 122 Complemento: _____
Bairro: SÍTIO DOS PINHOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.171-170
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488-7131

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0861 CONTA: 12499 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: OLINDA, 04 DE ABRIL DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2ª Nome: Z. H. MAT. 2019

(*) Assinatura de quem assina (VÍTIMA)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mauros Luiz Alves Rocha
Assinatura do Procurador (se houver): Deleone Formosa da Silva

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - Recife-PE
Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Representante Legal

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000071**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/1/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DOS REMEDIOS, 01 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADO PUBLICO DE AFOGADOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

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

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES** Pai: **LUIZ RODRIGUES** Data de Nascimento: **6/3/1969** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3213766/SSP/PE (RG), 51985292491 (CPF), 02436322047 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: **- 992120053**

Endereço Residencial: **RUA DO SÍTIO SÃO BRAS, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: SÍTIO DOS PINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM COUTO.**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**

Placa: **PCX-753** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **108363598** Chassi: **9C2JD2320FR206692**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

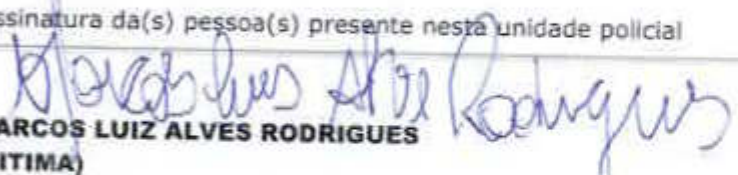
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Descrição: **VEICULO TAXI DE PRAÇA DE RECIFE DE COR BRANCA DE PLACA NÃO ANOTADA.**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRADA DOS REMÉDIOS NA AUTURA DO MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS NO SENTIDO AFOGADOS/IMBIRIBEIRA, QUANDO UM TAXI DE PRAÇA DO RECEFE FEZ UM CONTORNA EM FRENTE AO VEÍCULO DA VÍTIMA QUE NÃO TEVE TEMPO DE FRENAGEM, VINDO O VEÍCULO TAXI A COLIDIR COM A MOTOCICLETA OCASIONANDO A QUEDA DO MESMO FERINDO A VÍTIMA NO OMBRO DIREITO E ANTEBRAÇO DIREITO, DESLOCANDO E FRATURANDO O OMBRO DIREITO. SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA DOS TORRÕES, OUVIU UMA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO/ ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL, FEITO PELA DRA. FABIANA EMERENCIANA. COORDENADORA MÉDICA. CASO AFETO A DELEGACIA DE AFOGADOS.

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


MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **COARACY BEZERRA DA LUZ** - Matrícula: **151386-9**


Ewerton de O. Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 R MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 519.852.924-91 Nome completo da vítima: MANOEL LUIZ ALVES ROCHA

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

Nome completo: MANOEL LUIZ ALVES ROCHA CPF: 519.852.924-91
Profissão: SUPERVISOR Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BOM Número: 122 Complemento: _____
Bairro: SÍTIO DOS PINHOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.171-170
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488-7131

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0861 CONTA: 12499 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: RECIFE, 04 DE ABRIL DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2ª Nome: Z. H. MAT. 2019

(*) Assinatura de quem assina (VÍTIMA)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Manoel Luiz Alves Rocha
Assinatura do Procurador (se houver): Deleone Formosa da Silva

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista, Recife-PE
CEP: 51.060-010

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Endereço: R SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS, RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 **Nº pág.:** 1/2

Sexo: Masculino

Fone: 81 98197-0120

FICHA DE ATENDIMENTO
CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

ALERGIA MEDICAMENTOSA (-) HAS (-) DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTORICO DE DOR EM OMBRO DIREITO
APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

A- VIAS AEREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RIGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04861

CONTA: 000000012499-0

Autenticação:

D9F96399428CA3550F6A3E13FA9FAEBAEBEBF22311FAB6EFDC90619D2F52E650

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-6167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

07CA.E10E.023F.06FE.0C8D.850F.2406.2515

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL E FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 06.835.833/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 2005645-93



www.celpe.com.br

Cartão Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/06/02
COMERCIAL 8890 00000 PROTEÇÃO 9899 889999
manutenção ao deficiente auditivo ou da fala: 0800 300 0142
Quilômetro 000 250 1559
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Desagregados
do Estado de Pernambuco-ARSP: 0800 327 0267
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 0800
Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE OZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018	CONTA CONTRATO 0676751025
ENDEREÇO AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -53230-010 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 21/11/2018 a 21/12/2018	CONSUMO 130		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,09 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,24			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO	

Divulgue aqui

CONTA CONTRATO 0676751025	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	VENCIMENTO 02/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasgar. Este cartão será usado em leitora ótica.
838100000018 064200110000 676751025109 13762388630				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028466.588 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.852.924 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.852.924 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. PROF. ALMENDON MAGALHÃES</u>		Número <u>473</u>	Complemento
Bairro <u>VILA ROQUELA</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.230-010</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.8488 7111</u>	Telefone celular (DDD)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

OLINDA 03 de MAIO de 2019
Local e Data

Allione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante