

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Nilson Barbosa da Silva,
RG nº 6341.436, data de expedição 03/09/2009
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 040.070.804-37,
com domicílio na cidade de RUA LUIZ GUIMARÃES FILHO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA LUIZ GUIMARÃES FILHO, nº 51,
complemento VERA CRUZ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Vinieius Albuquerque Marcelino, cujo o condutor era
Vinieius Albuquerque Marcelino.
Veículo: moto Modelo: HONDA CB600 HORNET Ano: 2006/2007
Placa: KHC 7985 Chassi: 9C2 PC36007 R00 J10L
Data do Acidente: 07/06/19

Local e Data: Camaragibe, 12 de Agosto de 2019

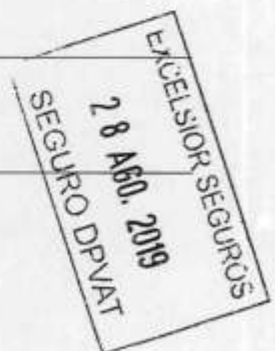
Nilson Barbosa da Silva

Assinatura do Declarante

Vinieius Albuquerque Marcelino

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÃO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE
R. Manoel Henrique da Costa, 555 - CEP 54700-475 - Fone: (21) 3459-1158 / 3460-6666
www.manoelhenriquetenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:

NILSON BARBOSA DA SILVA.

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO.

Camaragibe, 12/08/2019 - 10:46:29 Emol. R\$6,78

+ TSNR 1,60 + FERM 0,08 + FERC 0,80 + FUNSEG

0,16 + ISS 0,40 Total R\$9,82

Consulte em tpe.jus.br/selodigital

Selo: 0076489.PF207201901.03731 e

0076489.CBT07201901.03732

JOANA STEFANY M. P. CABRAL - ESCRIVENTE



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO às 22:18 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dias, a partir de 07/06/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

T148

Código da Doença

Recife, 07/06/19

Local e Data

Assinatura do Médico

FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM 26180

Felipe Fragoso
Médico
CRM-PE 26180



Aceito a Colocação do CID. Assinado us Alexia Vanessa N-da Silva

Código de Autenticação : BCSWH69X1K8P1

Solicitacao da Senha : 07/06/2019 17:40:38

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

13/06/2019 13:39

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 18240658 Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE Leito: 108-P1/1

Profissional(is): JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR, MEDICO, CRM 16684.[1] Nº: 13781271 13/06/2019 às 13:38

DIAGNÓSTICOS

CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S421 FRATURA DA OMOPLATA [ESCAPULA]	[1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas	1 DPO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO PACIENTE SEM QUEIXAS EUPNEICO CONSCIENTE OREINTADO CORADO AFEBRIL NEUROVASCULAR MMII SEM ALTERAÇÕES FO BOM ASPECTO RX BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM DR ADAUTO PRESCREVO NOVALGINA, XARELTO, TRAMADOL E CEFALEXINA ORIENTO RETORNO A EMERGENCIA EM CASO DE INTERCORRÊNCIA	[1]
----------------------	---	-----

Dr. José Venâncio O. Jr.
Traumato - Ortopedista
Cirurgia do Quadril
CRM 16684 - TEOT 12862



11/07/2019 07:21:00

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
5479001	VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	M	18/06/1991	28
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
5366631 SSP PE	2709613484		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R MARQUES 24 UR-6 JABOATAO DOS GUARARAPES-PE CEP:54230261				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
84082428		ARLIAN CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE SA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
12/06/2019	09:30		
Médico Atendente		Clínica	
31158790 JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
31158790 JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano I N D I V I D U A L	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
30100371656015010		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
13660627	99996666	D13702227	INTERNACAO
13660627	30727138	D13702227	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 1
			Material - 99800407 - PARAFUSO CORTICAL 4,5 - QTDE: 2
			Material - 99800411 - PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM - QTDE: 2
			Material - 99832708 - PLACA EM L 4.5 MM INCLUI PARAFUSOS - QTDE: 1
13663087	32040067	D13817123	JOELHO: A.P. - LATERAL

Seminário do Anexionista

12/06/2019 16:41

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 18240658 Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/3
Profissional(is): ADAUTO TELINO, GEMELO JUNIOR, MEDICO, CRM 20671-1 Nº: 13773018 12/06/2019 às 16:33

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S821 [1]
Diagnóstico Cirúrgico S421 [1]


DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 12/06/2019 [1]
Hora Da Cirurgia 16:33 [1]
Cirurgia OTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO [1]
Cirurgião ADAUTO TELINO [1]
Anestesista ALEXNDRE REIS [1]
Instrumentador NATALIA [1]
Descrição Cirúrgica [1]

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REALIZADA VIA ANTEROLATERAL DO JOELHO DIREITO
5. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REALIZADO ACESSO AO AFUNDAMENTO ARTICULAR POR MEIO DO CISALHAMENTO DO PLANALTO LATERAL
7. REALIZADA DESIMPACÇÃO ARTICULAR + FIXAÇÃO COM FIOS K (SÍNTESE PERDIDA)
8. FIXAÇÃO COM PLACA L 4.5 + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 02 PARAFUSOS CORTICAIS 4.5
9. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES POR ESCÓPIA
10. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 1 E NYLON 3-0
11. CURATIVO ESTÉRIL

(Costão)

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671-1 TEOT: 15666


HOSPITAL DE SÃO PAULO
 Laboratório

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital de São Paulo
 Rua... nº...

Paciente: **JOSE ALBUQUERQUE MARQUES**
 Nacionalidade: **BRASILEIRO**

Idade: **50 anos**
 Nº de Prescrição: **1048882**
 Data: **20/04/2011**
 Hora: **09h**

Atendimento: **Clínico**
 Especialidade: **Medicina**
 Fone: **5055-45**

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

CRM 12402

Dr. Lyson A. Aguiar
 Médico
 CRM 12402

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

12/06/2019 19:12

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18240658	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300541/3	
Profissional(is): ELAINE CRISTINA DA SILVA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 877170 [1] Nº: 13771949 12/06/2019 às 15:15			
ELAINE CRISTINA DA SILVA COREN 877170 [2]			

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora	14:20	[1]
Hora		
Descrição	ADMITO PACIENTE NESTE SETOR VINDO DE SUA RESIDENCIA ACOMPANHADO POR FAMILIAR, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE TIBIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CONTACTUANDO VERBALMENTE, ALEGA SER ALERGICO A (PLASIL AAS), E ASMÁTICO. NEGA HAS E DM, O MESMO SEGUE ENCAMINHADO AO BC.	[1]
Hora	18:40	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE CONTINUA EM BC.	[1]
Hora		[2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Elaine C. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PE 877170

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

14/06/2019 08:54

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 1B240658 Prontuário: 5479001

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE Leito: 108-P1:1

Profissional(is): LUCIANA NANTES DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 830495 Nº: 13776996 12/06/2019 às 23:10
(1)

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora	19:30	(1)
Hora		
Descrição	PACT. RETORNA DO B.C. CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO AFERIL EUPNEICO NORMOTENSO NORMOCORADO COM AVP PARA MEDICAÇÃO EM REPOUSO NO LEITO D FIDELHO SEGUIR AOS CCGG DA ENFERMAGEM	(1)
Hora	20:00	(1)
Hora		
Descrição	REALIZADO MEDICAÇÃO CPM	(1)
Hora	00:00	(1)
Hora		
Descrição	REALIZADO MEDICAÇÃO CPM	(1)
Hora	01:00	(1)
Hora		
Descrição	Realizado cpm,	(1)
	0	

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Maria Eduarda de M. Venâncio
COREN-PE 1239.093-TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 12/06/2019 20:10

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
 onvenio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 18/06/1991
 Nº Prescrição: 0010486802
 Leito: 300541/3

Atendimento: 18240658
 12/06/2019 às 16:14
 Peso: 85.00 kg

Prontuário: 5479001

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. PUNCAO C/ JELCO
2. SINAIS VITAIS
3. CUIDADOS GERAIS
4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE

6/6h
 6/6h

ACOCHOADA

Legenda horário :

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

serviço para o SNO

INTEROFIX

Ass.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

12/06/2019 15:41

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Dt. Nasc.: 18/06/1991

Atendimento: 18240658

Prontuário: 5479001

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/3

Profissional(is): BRENDA NERI DE LIMA SANTOS, ENFERMEIRA, COREN 431610 [1]

Nº: 13772255 12/06/2019 às 15:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD DE PLATOR TIBIAL MID
PCT EGR CONSCIENTE ORIENTADO EUPINEICO AFEBRIL
ACIANOTICO ANICTERICO NORMOTENSO NORMOCORADO
NORMOTENSO TORAX SIMETRICO ABDOMEM PLANO ELIMINAÇÃO
PRESENTES SEGUI AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[1]

ALERGIAS

ALERGIAS

PLASIL AAS

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infecção Do Trato Urinário

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirurgico

Sim

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

BAIXO RISCO.

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Drª Brenda Neri de L. Santos
Enfermeira
COREN-PE: 431610

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

12/06/2019 23:11

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 18240658 Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE Leito: 108-P1/1
Profissional(is): JANAINA SILVA DO AMARAL, ENFERMEIRA, COREN 336.918-1 Nº: 13776314 12/06/2019 às 21:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD: POI DE PLATO TIBIAL D/ PCT ASMÁTICO [1]

PLASIL, AASS

PCT EVOLUI COM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUA, HIDRATADO, NORMOCORADO

EUPNÉICO, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL

DIETA VC TOLERADA

FO COM CURATIVO OCLUSIVO, COM RX DE CONTROLE

REPOUSO NO LEITO

DIURESE NEGATIVA, EM OBSERVAÇÃO

SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ALERGIAS

ALERGIAS

PLASIL, AASS [1]

AVLIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0 [1]

AVLIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim [1]

Infecção Sítio Cirurgico

Sim [1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim [1]

Janaina Amaral
Enfermeira
COREN PE 336.918-ENP



Hospital do
Espírito Santo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/06/2019 10:06

Paciente: VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE

Ot. Nasc. 18/06/1991

Nº Prescrição: 10486807

Leito: 108-P11

24/24h ORAL

13/06/2019 às 06:00

Atendimento: 18240658

Prontuário 5479001

Peso: 85,00 kg

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

CRM-16684

Alta vigilância

9. SINAIS VITAIS

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ATAJURA E GAZE ACOCHOADA

12. CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilância

Profissionais: CRM-16684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venancio de
Oliveira
CRM 16684 - FIC 13867

IP: 10.1.32.209

13/06/2019 10:06

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

RP1541

Alia

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 13/06/2019 10:46

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
Invenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Dr. Nasc.: 18/06/1991
Nº Prescrição: 0010486807
Leito: 108-P/1/1
Atendimento: 18240658
13/06/2019 às 06:00
Peso: 85.00 kg

HORÁRIOS

Prontuário: 5479001

PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/24h ORAL

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

Vol. Total: 1000 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico 18:00 ;

2. Hidratação Fase Única

Venosa 35.71 ml/Kcal/dia 1000ml

1g 10ml

20 6/6h EV

18:00 : 18:00 : 14/06-00:00 :
14/06-06:00 ;

3. CEFALOTINA (1.00g) (ID2/2)

Agua Destilada

1 ML (AMPL C/ 40MG)

EV ACM

4. NARCAN (0.40mg/ml)

0.4mg

DILUIR 01 AMP + SF
0.9% 200 ML EV 45'
SERETENÇÃO
URIANRIA OU
PRURIDO

1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

06:00 : 14/06-06:00 ;

5. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

06:00 : 22:00 : 14/06-06:00 ;

6. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

14:00 : 22:00 : 14/06-00:00 ;
12:00 : 18:00 : 14/06-06:00 ;

7. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV

14:00 : 22:00 : 14/06-06:00 ;

8. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico

50mg

1 ML (AMPL C/ 50MG) 8/8h EV

Alta vigilância

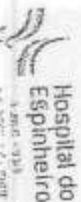
9. SINAIS VITAIS

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA

12.

Marcelo Oliveira
Enfermeiro
C.R.E.O. 50.550



Hospital do
Espinheiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/06/2019 10:06

Paciente: MINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc: 18/06/1991

Nº Prescrição: 10486807

Atendimento: 18240658
Prontuário: 5479001

CRM-16684

Posto: POSTO 1 TANDAR - HE

Leito: 108-P111

24/24h ORAL

Peso: 85.00 kg

Acesso Periférico

CRM-16684

14.00 gástrico

CRM-16684

2. Hidratação Venosa Fase Única

35.71

Vol. Total 1000 ml

mKcal/dia 1000 ml

3. CEFALOTINA (1.00g)

Água Destilada

1g

1 FRAP

(FRAP C/1GR)

6/8h

EV

(D2/2)

Água Destilada

1g

1 ML

(AMP/ C/ 4MG)

6/8h

EV

ACM

DILUIR 01 AMP + SF 0.9 % CRM-16684
200 ML EV 15
SEREBENÇÃO URINÁRIA
OU PRURIDO

4. NARCAN (0.40mg/ml)

0.4mg

1 ML

(AMP/ C/ 4MG)

6/8h

EV

CRM-16684

5. OMEPRAZOL (40.00mg)

Água Destilada

40mg

1 FRAP

(FRAP C/ 40MG)

24/24h

EV

CRM-16684

6. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMP/ C/ 10MG)

6/8h

EV

CRM-16684

7. DIFIRONA (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMP/ C/ 500MG)

6/8h

EV

CRM-16684

8. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico

50mg

1 ML

(AMP/ C/ 50MG)

8/8h

EV

CRM-16684

Alta vigilância

9. SINAIS VITAIS

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA

12. CLEXANE (40.00mg/ml)

40mg

0.4 ML

(SER/ C/ 40MG)

24/24h

SC

CRM-16684

Alta vigilância

Profissionais: CRM-16684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venancio O. Jr.
Traumato (Ortopedista)
Cirurgia do Quadril
CRM 16684 - RCO 12867

RP1541

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

IP: 10.1.32.209

13/06/2019 10:06

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18228086	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): AYRON FERRAZ GOMES FILHO CRM 23960 [1]	Nº: 13744425	10/06/2019	às 15:45
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VEM A PS PARA REALIZAR COLETA DE EXAMES DE SANGUE	[1]
Queixa Principal		
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18238262	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/2	
Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA CRM 8024 [1]		Nº: 13765648	12/06/2019 às 07:33

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE ENCAMINHADO PARA INTERNAMENTO PELA EMERGENCIA POR DR ADALTO PARA TRAT CIRURGICO	[1]
Queixa Principal		
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18238262	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/2	

Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA CRM 8024 [1]	Nº: 13765766	12/06/2019 às 07:44
---	--------------	---------------------

CANCELADO DIA 12/06/2019 08:02:15 POR JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA.

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente encaminhado por dr adalto para internamento e tratamento cirurgico hoje	[1]
Queixa Principal		
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

11/07/2019 07:03

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18238262	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/2	
Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA, MEDICO, CRM 8024 [1]	Nº: 13765793	12/06/2019	às 07:45
CANCELADO DIA 12/06/2019 08:04:32 POR JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA.			
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	18238262		[1]
Nome	VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO		[1]
Data De Nascimento	18/06/1991		[1]
Data Da Internação	12/06/2019		[1]
SINAIS-VITAIS			
Dispensar Sinais Vitais	Sim		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18238262	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/2	
Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA CRM 8024 [1]		Nº: 13765928	12/06/2019 às 08:02

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente encaminhado por dr adalto para internamento e trat cirurgico	[1]
Queixa Principal		
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18238262	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/2	

Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA, MEDICO, CRM 8024 [1]	Nº: 13765977	12/06/2019	às 08:04
--	--------------	------------	----------

IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	18238262		[1]
Nome	VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO		[1]
Data De Nascimento	18/06/1991		[1]
Data Da Internação	12/06/2019		[1]
SINAIS VITAIS			
Dispensar Sinais Vitais	Sim		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM		[1]

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/07/2019 07:03

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 18238262 Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300216/2

Profissional(is): JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA, MEDICO, CRM 8024 [1] Nº: 13765977 12/06/2019 às 08:04

IDENTIFICAÇÃO		
Nº Atendimento	18238262	[1]
Nome	VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	[1]
Data De Nascimento	18/06/1991	[1]
Data Da Internação	12/06/2019	[1]
SINAIS VITAIS		
Dispensar Sinais Vitais	Sim	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID Principal	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 13/06/2019 10:46

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
Invenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1 TANDAR - HE

DI Nasc.: 18/06/1991
Nº Prescrição: 0010486807
Leito: 108-P-1/1

Atendimento: 18240658
13/06/2019 às 06:00
Peso: 85,00 kg
Prontuário: 5479001

HORÁRIOS

CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilância

Prescrição para o SIND
INTEROFIX Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

40 mg 0,4 mL (SERI C/ 40MG) 24/24h SC 06:00 14/06-06:00

APLICAR 01 AMP SC
DE 24/24 H (INICIAR
AS 6:00 DIA 13/06/19)

Legenda horário: ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

13/06/2019 17:30

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 18240658 Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE Leito: 108-P1/1

Profissional(is): IRANILDO ARTINHO DE LIMA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1326134 Nº: 13778443 13/06/2019 às 07:26
[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora 07:00 [1]

Hora

Descrição RECEBO O PLANTÃO COM PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, ABDOMEN FLACIDO INDOLOR A PALPAÇÃO, DIETA VIA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

Hora 12:00 [1]

Hora

Descrição MEDICADO CPM, SSVV. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora 14:00 [1]

Hora

Descrição MEDICADO CPM, SSVV. [1]

Hora 17:30 [1]

Hora

Descrição PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Maria Edgarda de M. Venâncio
COREN/PE 1.239.093-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

13/06/2019 10:46

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18240658	Prontuário: 5479001
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 108-P1/1	
Profissional(is): JANAÍNA SOUSA DA SILVA ENFERMEIRA COREN 449522-01	Nº: 13780102	13/06/2019	às 10:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

PACIENTE HD: 1º DPO DE PLATO TIBIAL D/ PCT ASMÁTICO PLASIL, AAS, EVOLUI COM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUA HIDRATADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, DIETA VO COM BOA ACEITAÇÃO, FO COM CURATIVO OCLUSIVO, REPOUSO NO LEITO, ELIMINAÇÕES PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[1]

ALERGIAS

ALERGIAS

PLASIL, AASS

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirurgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Janaína Sousa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 449.522 - ENF

17:30 Alta Hospitalar

Mauro Oliveira
Enfermeiro
COREN: 50.2890

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

13/06/2019 13:37

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Dt. Nasc.: 18/06/1991

Atendimento: 18240658

Prontuário: 5479001

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 106-P1/1

Profissional(is): JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR, MEDICO, CRM 15684-1/1

Nº: 13781227 13/06/2019 às 13:35

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 DPO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO [1]

PACIENTE SEM QUEIXAS
EUPNEICO CONSCIENTE ORIENTADO CORADO AFEBRIL
NEUROVASCULAR MMII SEM ALTERAÇÕES
FO BOM ASPECTO
RX BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES

ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
COM DR ADAUTO
PRESCREVO NOVALGINA, XARELTO, TRAMADOL E CEFALEXINA
ORIENTO RETORNO A EMERGENCIA EM CASO DE
INTERCORRÊNCIA

Cid10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA [1]

Dr. José Venâncio de Oliveira
Traumatologia - Ortopedista
CRM 15684 - TEOT 12863

Fátima
Di Adalto - 41:00



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2. Nº 36450571

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Série	6 - Data de Validade da Série	7 - Data de Emissão da Guia
ANS nº 368215-3					

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
			Unicóides Anagnorose Alcantara	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
Renato Rodrigues Médico				

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica	25 - Data Solic.	26 - Data Autor.
		08/06/19 12:20	E - Eletiva U - Urgência / Emergência		Indicação de placa lateral B		

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Data Solic.	29 - Data Autor.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

DADOS DO CONTRATO EXECUTANTE		30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TIPO	33-34-35 - Logradouro - Número - Município	36 - UF	37 - Cod. IBGE	38 - CEP	39 - Código CNES	40 - Código CNES

40a - Código na Operadora / CNPJ / CPF do Exec. Complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO		46 - Tipo de Atendimento	47 - Indicação de Atendimento	48 - Tipo de Saúde
		01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar	1 - 10 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - 10 - Outros	1 - Retorno 2 - Retorno SACT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outros

CONSULTA REFERÊNCIA		49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Tipo de Doença
		A - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS		52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tipo	55 - Código do Procedimento	56 - Data	57 - Dia	58 - Via	59 - Tec	60 - % Rad / Acústico	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Sala		64 - Consenso	65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Casos Medicados - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$

Havida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 64094104

1 - Registro Anual
ANS Nº 348253

3 - Nº Guia Principal
64094104

4 - Data da Autorização

5 - Sanita

6 - Data de Validade da Sanita

7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira
30100371656015

9 - Plano
STANDARD I - 463477102

10 - Validade da Carteira

11 - Nome
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código CNES

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Nome do Contratado

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Número no Conselho
206/1

19 - UF
PE

20 - Código CBO S

16 - Nome do Profissional Solicitante
ADALTO TELINO DE MELO JUNIOR

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação
08/07/2019 14:39

22 - Caracter de Solicitação
E - Emergência U - Urgência/emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica
30 DPO DE OSTEOPOROSE DO PLANTAR TIBIAL DIREITO

Pre-Santa
P64947797

28 - Cód. Solc.
10

29 - Data Autor.

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 27 - Descrição
1 1992 25050010 ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO UM MEMBRO

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

30 - Código na Operadora/CNPJ/CUF

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

48 - Código na Operadora/CNPJ/CUF do Exec. Complementar

47 - Indicação de Atividade
1 - Atendimento 2 - Atendimento ou Doença relacionado ao trabalho 3 - Outros

49 - Tipo de Saúde

1 - Relato 2 - Relato SADT 3 - Relato de 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outro

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento 01 - Pequena Cirurgia 02 - Terapias 03 - Consulta 04 - Exame 05 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT 08 - Atendimento 09 - Radioterapia 10 - TRS 11 - Terapia Física Substancial

CONSULTA REFERENCIAL

49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença 30 D A. Anos M. Meses D. Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data 52 - Hora Inicial 53 - Hora Final 54 - Tab 55 - Código do Procedimento

56 - Data 57 - Hora Inicial 58 - Hora Final 59 - Tab 60 - Código do Procedimento

61 - Data 62 - Hora Inicial 63 - Hora Final 64 - Tab 65 - Código do Procedimento

66 - Data 67 - Hora Inicial 68 - Hora Final 69 - Tab 70 - Código do Procedimento

71 - Data 72 - Hora Inicial 73 - Hora Final 74 - Tab 75 - Código do Procedimento

76 - Data 77 - Hora Inicial 78 - Hora Final 79 - Tab 80 - Código do Procedimento

81 - Data 82 - Hora Inicial 83 - Hora Final 84 - Tab 85 - Código do Procedimento

86 - Data 87 - Hora Inicial 88 - Hora Final 89 - Tab 90 - Código do Procedimento

91 - Data 92 - Hora Inicial 93 - Hora Final 94 - Tab 95 - Código do Procedimento

96 - Data 97 - Hora Inicial 98 - Hora Final 99 - Tab 100 - Código do Procedimento

101 - Data 102 - Hora Inicial 103 - Hora Final 104 - Tab 105 - Código do Procedimento

106 - Data 107 - Hora Inicial 108 - Hora Final 109 - Tab 110 - Código do Procedimento

111 - Data 112 - Hora Inicial 113 - Hora Final 114 - Tab 115 - Código do Procedimento

116 - Data 117 - Hora Inicial 118 - Hora Final 119 - Tab 120 - Código do Procedimento

121 - Data 122 - Hora Inicial 123 - Hora Final 124 - Tab 125 - Código do Procedimento

126 - Data 127 - Hora Inicial 128 - Hora Final 129 - Tab 130 - Código do Procedimento

131 - Data 132 - Hora Inicial 133 - Hora Final 134 - Tab 135 - Código do Procedimento

136 - Data 137 - Hora Inicial 138 - Hora Final 139 - Tab 140 - Código do Procedimento

141 - Data 142 - Hora Inicial 143 - Hora Final 144 - Tab 145 - Código do Procedimento

146 - Data 147 - Hora Inicial 148 - Hora Final 149 - Tab 150 - Código do Procedimento

151 - Data 152 - Hora Inicial 153 - Hora Final 154 - Tab 155 - Código do Procedimento

156 - Data 157 - Hora Inicial 158 - Hora Final 159 - Tab 160 - Código do Procedimento

161 - Data 162 - Hora Inicial 163 - Hora Final 164 - Tab 165 - Código do Procedimento

166 - Data 167 - Hora Inicial 168 - Hora Final 169 - Tab 170 - Código do Procedimento

171 - Data 172 - Hora Inicial 173 - Hora Final 174 - Tab 175 - Código do Procedimento

176 - Data 177 - Hora Inicial 178 - Hora Final 179 - Tab 180 - Código do Procedimento

181 - Data 182 - Hora Inicial 183 - Hora Final 184 - Tab 185 - Código do Procedimento

186 - Data 187 - Hora Inicial 188 - Hora Final 189 - Tab 190 - Código do Procedimento

191 - Data 192 - Hora Inicial 193 - Hora Final 194 - Tab 195 - Código do Procedimento

196 - Data 197 - Hora Inicial 198 - Hora Final 199 - Tab 200 - Código do Procedimento

201 - Data 202 - Hora Inicial 203 - Hora Final 204 - Tab 205 - Código do Procedimento

206 - Data 207 - Hora Inicial 208 - Hora Final 209 - Tab 210 - Código do Procedimento

211 - Data 212 - Hora Inicial 213 - Hora Final 214 - Tab 215 - Código do Procedimento

216 - Data 217 - Hora Inicial 218 - Hora Final 219 - Tab 220 - Código do Procedimento

221 - Data 222 - Hora Inicial 223 - Hora Final 224 - Tab 225 - Código do Procedimento

226 - Data 227 - Hora Inicial 228 - Hora Final 229 - Tab 230 - Código do Procedimento

231 - Data 232 - Hora Inicial 233 - Hora Final 234 - Tab 235 - Código do Procedimento

236 - Data 237 - Hora Inicial 238 - Hora Final 239 - Tab 240 - Código do Procedimento

241 - Data 242 - Hora Inicial 243 - Hora Final 244 - Tab 245 - Código do Procedimento

246 - Data 247 - Hora Inicial 248 - Hora Final 249 - Tab 250 - Código do Procedimento

251 - Data 252 - Hora Inicial 253 - Hora Final 254 - Tab 255 - Código do Procedimento

256 - Data 257 - Hora Inicial 258 - Hora Final 259 - Tab 260 - Código do Procedimento

261 - Data 262 - Hora Inicial 263 - Hora Final 264 - Tab 265 - Código do Procedimento

266 - Data 267 - Hora Inicial 268 - Hora Final 269 - Tab 270 - Código do Procedimento

271 - Data 272 - Hora Inicial 273 - Hora Final 274 - Tab 275 - Código do Procedimento

276 - Data 277 - Hora Inicial 278 - Hora Final 279 - Tab 280 - Código do Procedimento

281 - Data 282 - Hora Inicial 283 - Hora Final 284 - Tab 285 - Código do Procedimento

286 - Data 287 - Hora Inicial 288 - Hora Final 289 - Tab 290 - Código do Procedimento

291 - Data 292 - Hora Inicial 293 - Hora Final 294 - Tab 295 - Código do Procedimento

296 - Data 297 - Hora Inicial 298 - Hora Final 299 - Tab 300 - Código do Procedimento

301 - Data 302 - Hora Inicial 303 - Hora Final 304 - Tab 305 - Código do Procedimento

306 - Data 307 - Hora Inicial 308 - Hora Final 309 - Tab 310 - Código do Procedimento

311 - Data 312 - Hora Inicial 313 - Hora Final 314 - Tab 315 - Código do Procedimento

316 - Data 317 - Hora Inicial 318 - Hora Final 319 - Tab 320 - Código do Procedimento

321 - Data 322 - Hora Inicial 323 - Hora Final 324 - Tab 325 - Código do Procedimento

326 - Data 327 - Hora Inicial 328 - Hora Final 329 - Tab 330 - Código do Procedimento

331 - Data 332 - Hora Inicial 333 - Hora Final 334 - Tab 335 - Código do Procedimento

336 - Data 337 - Hora Inicial 338 - Hora Final 339 - Tab 340 - Código do Procedimento

341 - Data 342 - Hora Inicial 343 - Hora Final 344 - Tab 345 - Código do Procedimento

346 - Data 347 - Hora Inicial 348 - Hora Final 349 - Tab 350 - Código do Procedimento

351 - Data 352 - Hora Inicial 353 - Hora Final 354 - Tab 355 - Código do Procedimento

356 - Data 357 - Hora Inicial 358 - Hora Final 359 - Tab 360 - Código do Procedimento

361 - Data 362 - Hora Inicial 363 - Hora Final 364 - Tab 365 - Código do Procedimento

366 - Data 367 - Hora Inicial 368 - Hora Final 369 - Tab 370 - Código do Procedimento

371 - Data 372 - Hora Inicial 373 - Hora Final 374 - Tab 375 - Código do Procedimento

376 - Data 377 - Hora Inicial 378 - Hora Final 379 - Tab 380 - Código do Procedimento

381 - Data 382 - Hora Inicial 383 - Hora Final 384 - Tab 385 - Código do Procedimento

386 - Data 387 - Hora Inicial 388 - Hora Final 389 - Tab 390 - Código do Procedimento

391 - Data 392 - Hora Inicial 393 - Hora Final 394 - Tab 395 - Código do Procedimento

396 - Data 397 - Hora Inicial 398 - Hora Final 399 - Tab 400 - Código do Procedimento

401 - Data 402 - Hora Inicial 403 - Hora Final 404 - Tab 405 - Código do Procedimento

406 - Data 407 - Hora Inicial 408 - Hora Final 409 - Tab 410 - Código do Procedimento

411 - Data 412 - Hora Inicial 413 - Hora Final 414 - Tab 415 - Código do Procedimento

416 - Data 417 - Hora Inicial 418 - Hora Final 419 - Tab 420 - Código do Procedimento

421 - Data 422 - Hora Inicial 423 - Hora Final 424 - Tab 425 - Código do Procedimento

426 - Data 427 - Hora Inicial 428 - Hora Final 429 - Tab 430 - Código do Procedimento

431 - Data 432 - Hora Inicial 433 - Hora Final 434 - Tab 435 - Código do Procedimento

436 - Data 437 - Hora Inicial 438 - Hora Final 439 - Tab 440 - Código do Procedimento

441 - Data 442 - Hora Inicial 443 - Hora Final 444 - Tab 445 - Código do Procedimento

446 - Data 447 - Hora Inicial 448 - Hora Final 449 - Tab 450 - Código do Procedimento

451 - Data 452 - Hora Inicial 453 - Hora Final 454 - Tab 455 - Código do Procedimento

456 - Data 457 - Hora Inicial 458 - Hora Final 459 - Tab 460 - Código do Procedimento

461 - Data 462 - Hora Inicial 463 - Hora Final 464 - Tab 465 - Código do Procedimento

466 - Data 467 - Hora Inicial 468 - Hora Final 469 - Tab 470 - Código do Procedimento

471 - Data 472 - Hora Inicial 473 - Hora Final 474 - Tab 475 - Código do Procedimento

476 - Data 477 - Hora Inicial 478 - Hora Final 479 - Tab 480 - Código do Procedimento

481 - Data 482 - Hora Inicial 483 - Hora Final 484 - Tab 485 - Código do Procedimento

486 - Data 487 - Hora Inicial 488 - Hora Final 489 - Tab 490 - Código do Procedimento

491 - Data 492 - Hora Inicial 493 - Hora Final 494 - Tab 495 - Código do Procedimento

496 - Data 497 - Hora Inicial 498 - Hora Final 499 - Tab 500 - Código do Procedimento

501 - Data 502 - Hora Inicial 503 - Hora Final 504 - Tab 505 - Código do Procedimento

506 - Data 507 - Hora Inicial 508 - Hora Final 509 - Tab 510 - Código do Procedimento

511 - Data 512 - Hora Inicial 513 - Hora Final 514 - Tab 515 - Código do Procedimento

516 - Data 517 - Hora Inicial 518 - Hora Final 519 - Tab 520 - Código do Procedimento

521 - Data 522 - Hora Inicial 523 - Hora Final 524 - Tab 525 - Código do Procedimento

526 - Data 527 - Hora Inicial 528 - Hora Final 529 - Tab 530 - Código do Procedimento

531 - Data 532 - Hora Inicial 533 - Hora Final 534 - Tab 535 - Código do Procedimento

536 - Data 537 - Hora Inicial 538 - Hora Final 539 - Tab 540 - Código do Procedimento

541 - Data 542 - Hora Inicial 543 - Hora Final 544 - Tab 545 - Código do Procedimento

546 - Data 547 - Hora Inicial 548 - Hora Final 549 - Tab 550 - Código do Procedimento

551 - Data 552 - Hora Inicial 553 - Hora Final 554 - Tab 555 - Código do Procedimento

556 - Data 557 - Hora Inicial 558 - Hora Final 559 - Tab 560 - Código do Procedimento

561 - Data 562 - Hora Inicial 563 - Hora Final 564 - Tab 565 - Código do Procedimento

566 - Data 567 - Hora Inicial 568 - Hora Final 569 - Tab 570 - Código do Procedimento

571 - Data 572 - Hora Inicial 573 - Hora Final 574 - Tab 575 - Código do Procedimento

576 - Data 577 - Hora Inicial 578 - Hora Final 579 - Tab 580 - Código do Procedimento

581 - Data 582 - Hora Inicial 583 - Hora Final 584 - Tab 585 - Código do Procedimento

586 - Data 587 - Hora Inicial 588 - Hora Final 589 - Tab 590 - Código do Procedimento

591 - Data 592 - Hora Inicial 593 - Hora Final 594 - Tab 595 - Código do Procedimento

596 - Data 597 - Hora Inicial 598 - Hora Final 599 - Tab 600 - Código do Procedimento

601 - Data 602 - Hora Inicial 603 - Hora Final 604 - Tab 605 - Código do Procedimento

606 - Data 607 - Hora Inicial 608 - Hora Final 609 - Tab 610 - Código do Procedimento

611 - Data 612 - Hora Inicial 613 - Hora Final 614 - Tab 615 - Código do Procedimento

616 - Data 617 - Hora Inicial 618 - Hora Final 619 - Tab 620 - Código do Procedimento

621 - Data 622 - Hora Inicial 623 - Hora Final 624 - Tab 625 - Código do Procedimento

626 - Data 627 - Hora Inicial 628 - Hora Final 629 - Tab 630 - Código do Procedimento

631 - Data 632 - Hora Inicial 633 - Hora Final 634 - Tab 635 - Código do Procedimento

636 - Data 637 - Hora Inicial 638 - Hora Final 639 - Tab 640 - Código do Procedimento

641 - Data 642 - Hora Inicial 643 - Hora Final 644 - Tab 645 - Código do Procedimento

646 - Data 647 - Hora Inicial 648 - Hora Final 649 - Tab 650 - Código do Procedimento

651 - Data 652 - Hora Inicial 653 - Hora Final 654 - Tab 655 - Código do Procedimento

656 - Data 657 - Hora Inicial 658 - Hora Final 659 - Tab 660 - Código do Procedimento

661 - Data 662 - Hora Inicial 663 - Hora Final 664 - Tab 665 - Código do Procedimento

666 - Data 667 - Hora Inicial 668 - Hora Final 669 - Tab 670 - Código do Procedimento

671 - Data 672 - Hora Inicial 673 - Hora Final 674 - Tab 675 - Código do Procedimento

676 - Data 677 - Hora Inicial 678 - Hora Final 679 - Tab 680 - Código do Procedimento

681 - Data 682 - Hora Inicial 683 - Hora Final 684 - Tab 685 - Código do Procedimento

686 - Data 687 - Hora Inicial 688 - Hora Final 689 - Tab 690 - Código do Procedimento

691 - Data 692 - Hora Inicial 693 - Hora Final 694 - Tab 695 - Código do Procedimento

696 - Data 697 - Hora Inicial 698 - Hora Final 699 - Tab 700 - Código do Procedimento

701 - Data 702 - Hora Inicial 703 - Hora Final 704 - Tab 705 - Código do Procedimento

706 - Data 707 - Hora Inicial 708 - Hora Final 709 - Tab 710 - Código do Procedimento

711 - Data 712 - Hora Inicial 713 - Hora Final 714 - Tab 715 - Código do Procedimento

716 - Data 717 - Hora Inicial 718 - Hora Final 719 - Tab 720 - Código do Procedimento

721 - Data 722 - Hora Inicial 723 - Hora Final 724 - Tab 725 - Código do Procedimento

726 - Data 727 - Hora Inicial 728 - Hora Final 729 - Tab 730 - Código do Procedimento

731 - Data 732 - Hora Inicial 733 - Hora Final 734 - Tab 735 - Código do Procedimento

736 - Data 737 - Hora Inicial 738 - Hora Final 739 - Tab 740 - Código do Procedimento

741 - Data 742 - Hora Inicial 743 - Hora Final 744 - Tab 745 - Código do Procedimento

746 - Data 747 - Hora Inicial

Paciente...: 5479001 VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Nascimento.: 18/06/1991 Sexo: M RG.: 5366631 SSP PE CPF.: 02709613484

Endereco...: R MARQUES 24 UR-6 JABOATAO DOS GUARARAPES PE 54230261 Tel.: 84082428

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 30100371656015010

Solicitante: Dr(a) TRANSCRIO RECIFE P

Queixa Principal:

RT

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL - BILATERAL



1832512511

O exame radiológico mostrou:

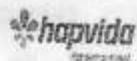
Densidade óssea preservada.

Espaços articulares mantidos.

Status pós-operatório mediato de síntese óssea, com placa, parafusos e fio de Kirschner implantados na extremidade proximal da tibia, estabilizando fratura do seu platô lateral.

Comparar com exames radiológicos prévios.

ANDRE AVELINO DE OLIVEIRA SOUZA - CRM 12615-PE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - CM DERBY
NºPedido: 10478685

Data 07/06/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 5479001 VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Nascimento.: 18/06/1991 Sexo: M RG.: 5366631 SSP PE CPF.: 02709613484

Endereco...: R MARQUES 24 UR-6 JABOATAO DOS GUARARAPES PE 54230261 Tel.: 84082428

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 30100371656015010

Solicitante: Dr(a) THIAGO DE PAULA BAR

Queixa Principal:

JOELHO

Exame:

TC JOELHO DIREITO

!58EN."

1821344311

MÉTODO: Obtidas imagens axiais, sem o uso de contraste venoso.

ANÁLISE:

Derrame articular de moderado volume.

Fratura levemente desalinhada com afundamento do platô tibial lateral estendendo-se a sua metáfise proximal.

Demais peças ósseas congruentes e com atenuação normal.

Espaços articulares com aptitudes conservadas.

Edema dos planos mioadiposos adjacentes.

GERSON BRUNO GARCIA DE SOUZA LIMA - CRM 11913-CE

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

SEXO: M

DATA DO EXAME: 07/06/2019

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 1/2

D

233
165



70%
Qualidade



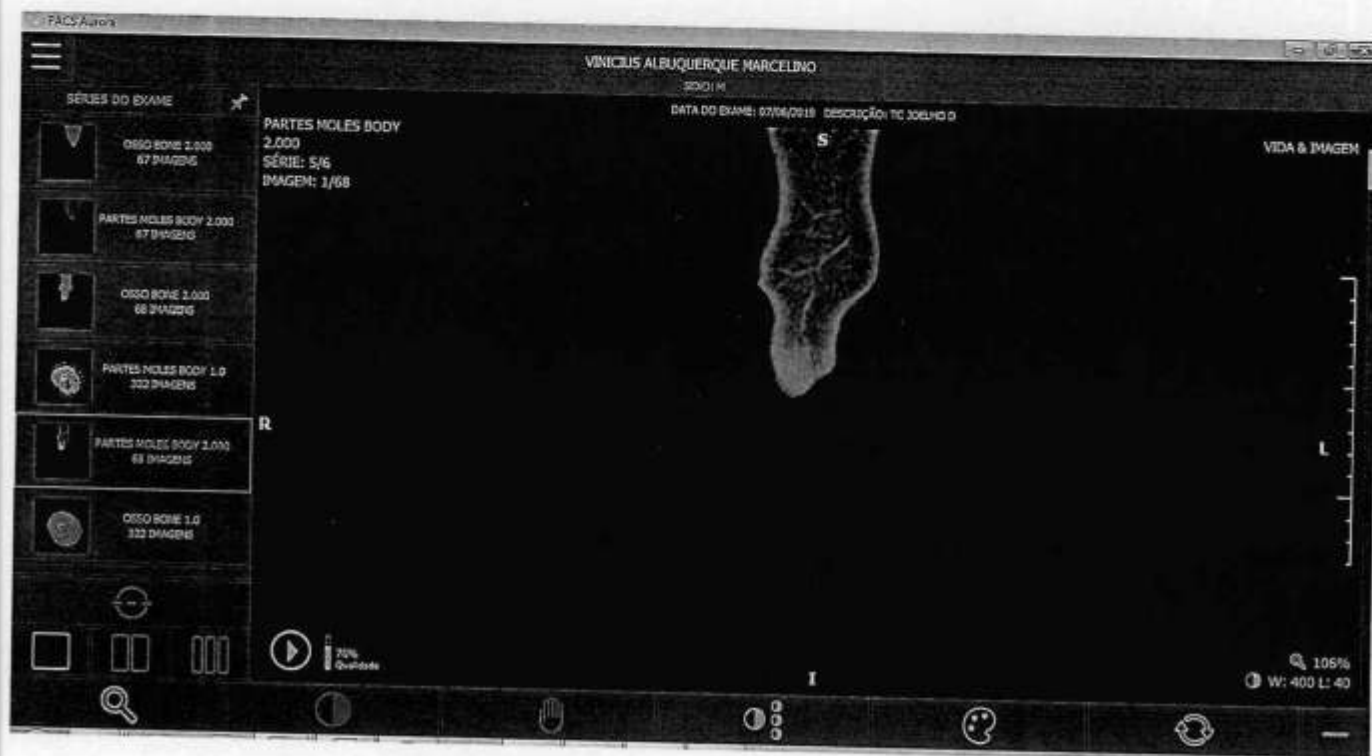
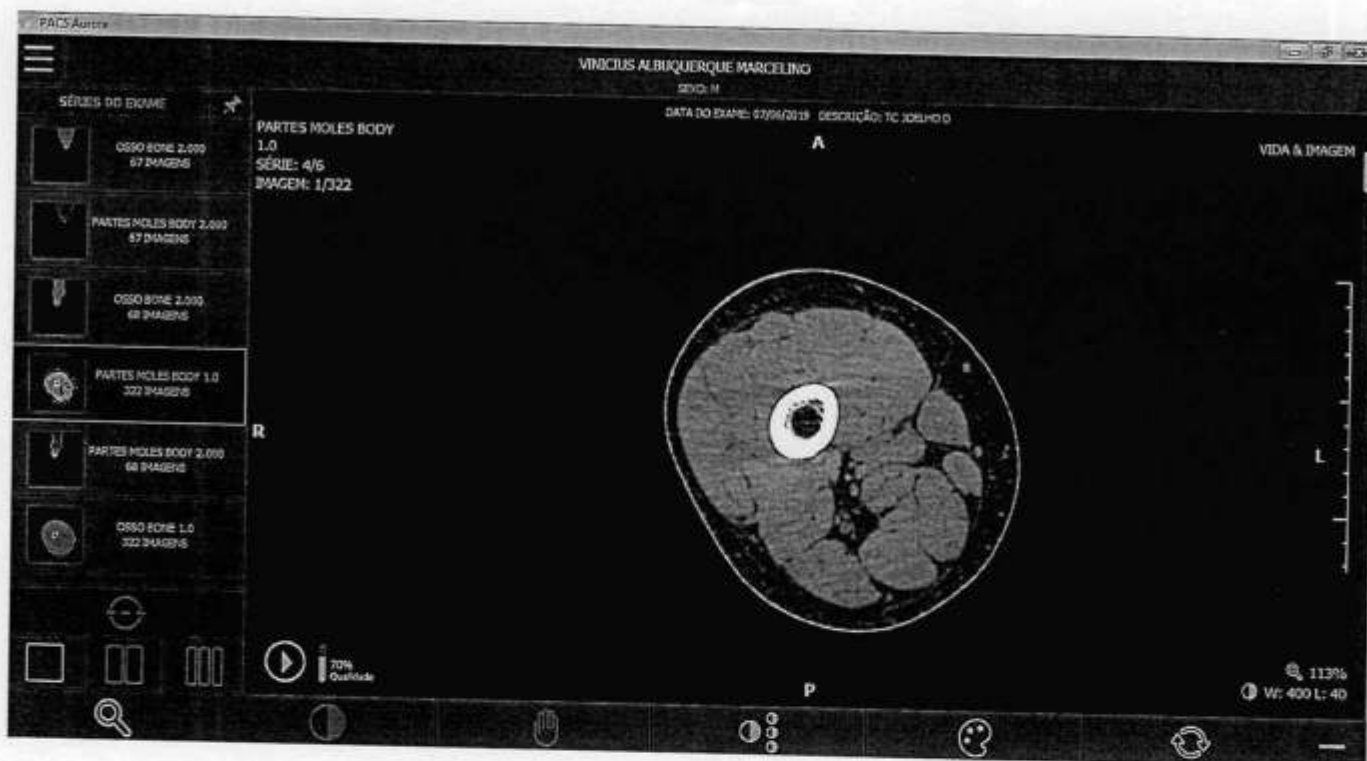
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

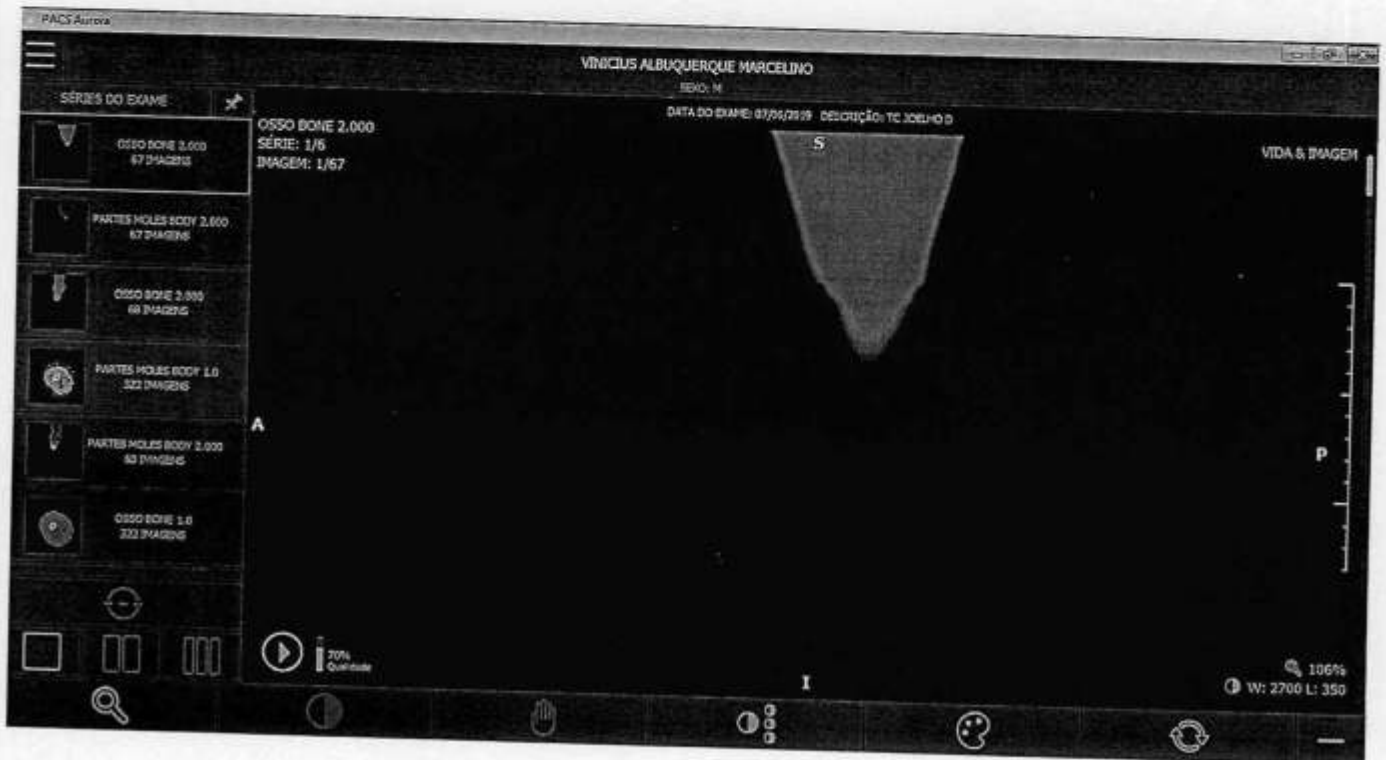
SEXO: M



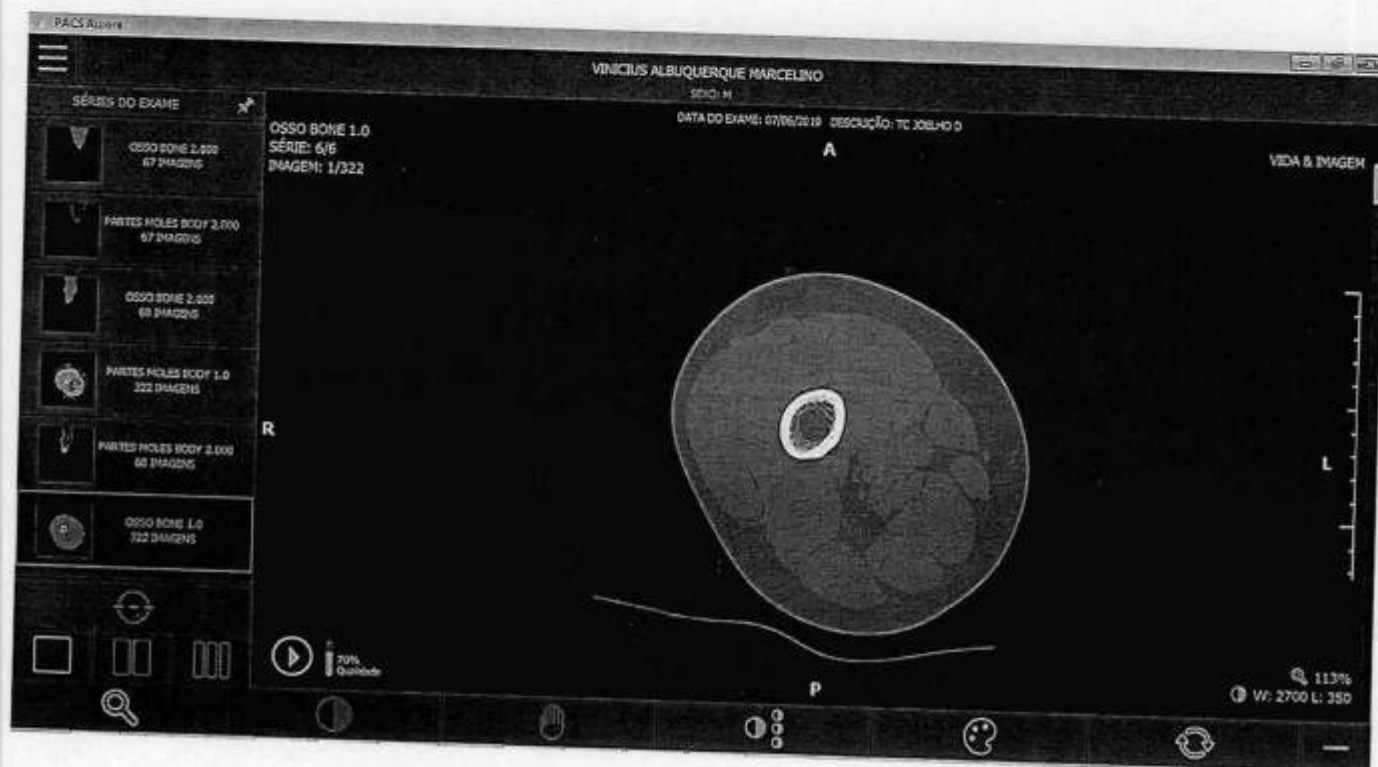
D-8484







EXCELSIOR SEGUROS
28 A60. 2018
SEGURO



EXCELSIOR SECURIS
28 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7929299 SDS PE

CPF
089.890.484-60

DATA NASCIMENTO
18/06/1991

FILIAÇÃO
JOSE HAROLDO MARCELINO

ARLIAN CAVALCANTI DE A
ALBUQUERQUE SA

PERMISSÃO
AD

CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
04786376725

VALIDADE
01/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/10/2009

OBSERVAÇÕES
A
CETPP
RAR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
06/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

42441496598
PR081929400

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487476908

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487476908

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIII

EC-2

Foto de Anderson Lucena de Oliveira Junior

Assinatura de Anderson Lucena de Oliveira Junior

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.171.555 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/01/2013

NOME << ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JÚNIOR >>

FILIAÇÃO << ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA >>
<< MARCELA CRISTINA LEITE DOS SANTOS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/04/1999

DOC. ORIGEM << CN.57043-L.049A-F.259-CART. 100DIST.RECIFE-PE-15.04.1999 >>

CPF 704.252.874-32

ASSINADO DIRETOR LEIN 7.118 DE 29/08/83

CAELSIOR SEGUROS
28 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
28 AGO 2019
SE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 925855513 ANTRC 2019

NILSON BARBOSA DA SILVA

CAMARAGIBE-PE

040 070 804-37

PLACA ANT / UPL

9C2PC36007R001101

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA / CB600F HORNET

ANO FAB 2006

2E/599CL

CATEGORIA PARTIO

COM. PREDOMINANTE AZUL

	1	2	3
P	IPVA 2019 QUITADO	1	VENC. COTA ÚNICA
V	FAIXA IPVA	2	FAIXA 1
A	1	3	2

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11
IOF (R\$) 32
PREMIO TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 01/02/19

SIGN RESERVA NTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMARAGIBE-PE
02/02/19
DIRETOR GERENTE DE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488098807 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NILSON BARBOSA DA SILVA

CAMARAGIBE-PE

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

VIA 1 040 070 804-37

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/02/19

RENAVAM 925855561

HONDA / CB600F HORNET

ANO FAB 2006

9C2PC36007R001101

PREMIO TARIFARIO

36.05
FAB (R\$)
4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15
IOF (R\$)
0.32
CUSTO DO SEGURO (R\$)
84.58

PAGAMENTO

01/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
BOM NAO E DE PORTE OBRIGATORIO



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Walmir Albuquerque DubeinoDATA DO ACIDENTE 07.06.19 CPF DA VITIMA 089.890.484-60

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO INIL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O 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 MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR 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, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

08.08.19

IDENTIDADE

ASSINATURA Walmir Albuquerque Dubeino

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

08.08.19

NOME

ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503146 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MARCELINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA DIREITA.
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-4-5-24-29

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO OMBRO E JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA:
SINISTRO 2013574575 SINISTRO 08/04/2011, VALOR R\$ 3.037,50 POR PERDA DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDÃO ESQUERDO. EM 04/08/2014.
Pasta 1459372

Lesão apurada na perícia judicial: msd 25%; pé esquerdo 25%

Pagamento judicial: sentença R\$4.050,00

Pasta 2172816

Lesão apurada na perícia judicial: sem lesão

Pagamento judicial: sentença improcedente

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503146 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
MARCELINO DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA DIREITA.
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-4-5-24-29

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO OMBRO E JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA:
SINISTRO 2013574575 SINISTRO 08/04/2011, VALOR R\$ 3.037,50 POR MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. EM 04/08/2014.
Pasta 1459372

Lesão apurada na perícia judicial: msd 25%; pé esquerdo 25%

Pagamento judicial: sentença R\$4.050,00

Pasta 2172816

Lesão apurada na perícia judicial: sem lesão

Pagamento judicial: sentença improcedente

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

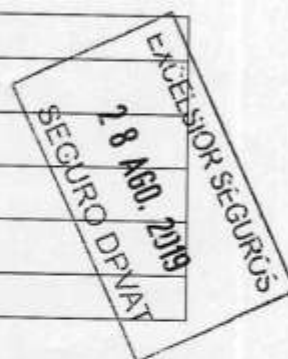
DANOS

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:	
Nome: <u>Vinicius Albuquerque Marcelino</u>	
Nacionalidade: <u>brasileira</u>	Est. Civil: <u>solteiro</u>
Profissão: <u>meanegado de obras</u>	
Identidade: <u>7.929.999</u>	CPF: <u>089.890.484-60</u>
Endereço: <u>Rua Marques Rebelo n°24 UR-06 Ibura</u>	
Cobertura: <u>Invalidez</u>	Data do Acidente: <u>07/06/2019</u>

PROCURADOR:	
Nome: <u>ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Est. Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Profissão: <u>AUX. ADMINISTRATIVO</u>	
Identidade: <u>8.171.555 SDS/PE</u>	CPF: <u>704.252.874-32</u>
Endereço: <u>RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE</u>	



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincorés e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.



Camaragibe, 12.08.19
Local e data

Vinicius Albuquerque Marcelino
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE
R. Manoel Honório da Costa, 225 - CEP 55794-475 - Fone: (81) 3466-1133 / 3390-0096
www.cartorioevatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Camaragibe, 12/08/2019 - 10:43:15 Emol. R\$3,39
+ TSNR 0,80 + FERM 0,04 + FERC 0,40 + FUNSEG
0,08 + ISS 0,20 Total R\$4,91
Consulte em tje.jus.br/selodigital
Selo: 0076489.NDLO7201901.03730
JOANA STEFANY M. P. CABRAL - ESCRIVENTE
AUTORIZADA 029

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296457/19

Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

CPF: 089.890.484-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO : 089.890.484-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

SIMONE BARBOSA CORREIA

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503146

Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

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\$ 2.531,25

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000000874

Conta: 0000054114-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503146

Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 089.890.484-60 Nome completo da vítima: Vinicius Albuquerque Marcelino

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

Nome completo: Vinicius Albuquerque Marcelino CPF: 089.890.484-60
Profissão: Recusa Endereço: Rua Mg Rabelo Número: 24 Complemento: _____
Bairro: Ibema Cidade: Recife Estado: Pe CEP: 50000-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 98801-5010

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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: ITAU

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

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 54114 7
(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife, 20 de agosto de 2019.
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Vinicius Albuquerque Marcelino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



EXCELSIOR SEGUROS
28 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



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. **19E2093000207**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/08/2019** às **12:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **7/6/2019** às **16:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1** - Bairro: **ENGENHO DO MEIO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **SOBRE O VIADUTO DA CAXANGÁ**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUEL BALTASAR DA SILVA (OUTRO)
NILSON BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO (VITIMA)

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): **VINICIUS**
ALBUQUERQUE MARCELINO

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

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARLIAN**
CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE SÁ Pai: **JOSÉ HAROLDO MARCELINO** Data de Nascimento: **18/6/1991**
Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7929299/SDS/PE (RG), 08989048460 (CPF),**
04786376725 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ENCARREGADO(A)**
Telefones Celulares:
- **984082428**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA MARQUES, 24 - CEP: 55000-000 - Bairro: UR-11 - JABOATÃO DOS**
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOSUEL BALTASAR DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE DOS SANTOS**
DA SILVA Pai: **MANOEL BALTASAR DA SILVA** Data de Nascimento: **10/3/1962** Naturalidade: **BONITO /**
PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NILSON BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 600F HORNET** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHC7985** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **925855561** Chassi: **9C2PC36007R001101**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

SANDERO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL BALTASAR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY8637** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **010301573** Chassi: **93Y5SRD64FJ530636**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE LOGO NO INICIO DO VIADUTO DA CAXANGÁ, SENTIDO RECIFE/JABOATÃO, SEGUIA EMPARELHADO COM O VEÍCULO SANDERO E QUE NO LOCAL EXISTE UMA LOMBADA. ACREDITA QUE O CONDUTOR DO SANDERO NÃO VIU A LOMBADA E AO TENTAR FREAR, PROJETO O VEÍCULO SOBRE A LATERAL DA MOTOCICLETA, ESMAGANDO A PERNA DIREITA DA VÍTIMA. QUE A VÍTIMA FICOU CAIDA NO SOLO ENQUANTO UM AMIGO SEU QUE VINHA EM OUTRA MOTOCICLETA ACIONOU A POLICIA RODOVIARIA FEDERAL E O SAMU, QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME LAUDO MÉDICO (CID10= S82.1), ASSINADO PELO DR. JOÉ VENÂNCIO O. JR. - CRM 16684, SENDO POSTERIORMENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. ACRESCENTA QUE O CONDUTOR DO SANDERO PAROU MAIS ADIANTE E FICOU PRESENTE DURANTE TODO O TEMPO, TENDO DEPOIS SE COMUNICADO COM A VÍTIMA, PRESTANDO TODA A ASSISTÊNCIA NECESSÁRIA. OS DADOS DO PROPRIETÁRIO DO SANDERO FORAM RETIRADOS DO SISTEMA DA POLICIA CIVIL, POR OCASIÃO DO REGISTRO DESTE BOE.

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

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
(VITIMA)

Vinicius Albuquerque Marcelino


B.O. registrado por: **EDITH LILIAN ASBACH** - Matrícula: **221421-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 089.890.484-60 Nome completo da vítima: Vinicius Albuquerque Marcelino

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

Nome completo: Vinicius Albuquerque Marcelino CPF: 089.890.484-60
Profissão: Recusa Endereço: Rua Mg Rabelo Número: 24 Complemento: _____
Bairro: Ibura Cidade: Recife Estado: Pe CEP: 50000-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 98801-5010

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

RENDAMENTO MENSAL:

☒ RECUSO 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

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

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 54114 7
(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) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Recife, 20 de agosto de 2019.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____



Assinatura de quem assina A ROGO
Vinicius Albuquerque Marcelino
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.

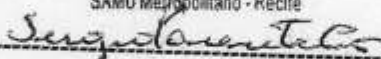
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	109.07.2019
DATA	29.07.2019



Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO**, portador do Documento de Identidade nº **7929299** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **089.890.484-60**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-638233**, que no dia 07 de junho de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 16h40, na ROD BR-101, encima do Viaduto da UFPE, no bairro Engenho do Meio, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro. Recife, 29 de julho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00874

CONTA: 000000054114-7

Autenticação:

72E670988E9C57923B630C57B45D3DBEC0D468B9F82061746F27B89AFB6327D0

DADOS DO CLIENTE

ARLINDO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE SA F.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MQ RABELO 24

CPF: 002.159.704-97

IBURARECIFE

RECIFE PE

50000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
07007020109	ÚNICA	29/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA SUBSIDIARIA
29/07/2019	2011404864	2873143

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7007020109	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
29/07/2019	21/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	222,56

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Watt)	247,0000000	0,79063095	192,81
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,94
ICMS Subvenção CDE-NF 082796377-2205/19			1,54
Multa por atraso-NF 088622943-19/08/19			3,14
Juros por atraso-NF 088622943-19/08/19			0,20
Atualização IOPM-NF 088622943-19/08/19			0,13
Bônus ITAFU-art 21 da Lei 10.438/2002			-2,31

TOTAL DA FATURA

222,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Watt)
070721	CAT	15-06-2019	58 732,00	23-07-2019	58 979,00	23	1,0000	247,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO	WATT	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Composição do Consumo	R\$	%
JUL 19	247	ICMS PIS COFINS	195,50 25,00 0,00 3,81	40,99 1,50 7,46	Carregio de Energia	R\$ 84,39	32,82%
AUG 19	251				Tratamento	R\$ 7,36	2,80%
SET 19	248				Dist (Cabo) (Cabo)	R\$ 42,87	21,80%
OUT 19	250				Perdas de Energia	R\$ 12,50	6,89%
NOV 19	252				Energia Solarizada	R\$ 10,08	5,54%
DEZ 19	229				Tributos	R\$ 28,04	39,52%
TARIFAS APLICADAS					Total	R\$ 196,82	100%
Consumo Aluguel(s)							0,54020000
RESERVAÇÃO ADICIONAL							
DGGF B581 9E33 7D19 3565 B1A9 18A1 11CE							



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
40737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 12/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 000000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial
da Oi. Ela está 24h por dia
disponível pra ajudar você.
Precisa de sua conta
ou de um suporte técnico?
Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754412
NÚMERO DA FATURA: 219159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40737543654

EXCELSIOR SEGUROS
28 Ago. 2019
SEGURO DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vinicius Albuquerque Marcelino inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.890.484 / 60

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Vinicius Albuquerque Marcelino

inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.890.484 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Rua Dr Adelinio Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>—</u>	CEP: <u>50781-025</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 30 de agosto de 2019.

Anderson Lucena de Oliveira Junior
Assinatura do Declarante

