

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SOS / PE, portador do CPF nº 040.070.804-37,

com domicílio na cidade de Rua Wiz GUIMARÃES Filho, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Wiz 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

Vinicius Albuquerque Marcelino, cujo o condutor era

Vinicius Albuquerque Marcelino.

Veículo: moto Modelo: Honda CB600 HORNET Ano: 2006/2007

Placa: KHC 7985 Chassi: 9C2 PC36007 R00 3101

Data do Acidente: 07/06/19

Local e Data:

Camaragibe, 12 de Agosto de 2019

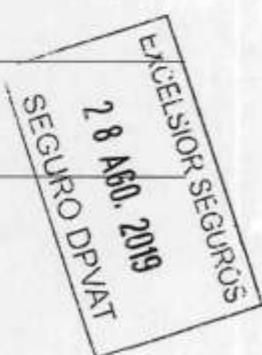
nilson Barbosa da Silva

Assinatura do Declarante

Vinicius Albuquerque Marcelino

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE - PE  
P. Manuel Henrique da Costa, 550 - CEP 54750-075 - Fone: (81) 3408-1158 / 3408-1159  
[www.cartorioevatenorio.com.br](http://www.cartorioevatenorio.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 [site.jus.br/seledigital](http://site.jus.br/seledigital)  
Selos: 0076489.PPZ07201901.03731 e  
0076489.CBT07201901.03732

JOANA STEFANY M. P. CABRAL - ESCREVENTE





Hospital do  
Espinheiro  
Traumatologia,  
Ortopedia e Cirurgia

**ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE**

R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO

52020-002 RECIFE - PE

## 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

Levít. 07/06/19

Local e Data

Assinatura do Médico  
FELIPE SILVA FRAGOSO

Felipe Fragoso  
Médico  
CRM-PE 26180

CRM 26180

EXCELSIOR SEGUROS  
28 AGO. 2019  
SEGURÓ DPVAT

Aceito a Colocação do CID. Assinado us Alexia Vanusa U-da Silva

Código de Autenticação : BCSWH69X1K8P1

Solicitação 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 - IOT 12862

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento

18240658



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

11/07/2019 07:21:00

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 INDIVIDUAL		
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

# FICHA DE ANESTESIA

Data:

Hospital:

Acomoda:

12/06/19

do Espírito

Paciente:

Ricardo Alves de Oliveira, Marcelo

Sexo:

M

Cor:

B1

Idade:

I

CRM:

Nome do Anestesista:

Dr. Alexandre Reis

Nome do Cirurgião:

Dr. Adauto Telmo

Medicação Pré-anestésica:

PA: 547902

AT: 18240667

Urgência:

NÃO

SIM

Cirurgia:

Plante plantar + ref (2) no clavos

Horário:

16:15

O:

0 - 0 - 0

NIB:

0 - 0 - 0

Líquidos:

1500 ml

SvO<sub>2</sub>:

Na 100 100 100

ETCO<sub>2</sub>:

0 0 0

ECG:

S S S S

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

X0

16:15

Analgésicos:

1500 ml

16:15

Antagonistas:

16:15

Analepticos:

16:15

Antiemetics:

16:15

Anticonvulsivos:

16:15

Antidiáabeticos:

16:15

Antihistamínicos:

16:15

Antimicrobianos:

16:15

Antivirais:

16:15

Antineoplásicos:

16:15

Anticoagulantes:

16:15

Antitrombóticos:

16:15

Antifibrilares:

16:15

Antipsicóticos:

16:15

Antidepressivos:

16:15

Antialérgicos:

16:15

Antidiuréticos:

16:15

Antidiabéticos:

16:15

Antituberculários:

16:15

Antineoplásicos:

16:15

Antimigrações:

16:15

Antimotilidade:

## BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

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	Lito: 300541/3	
Professional(is): ADAUTO TELINO DEMEDO JUNIOR MEDICO CRM 20671-H	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	OTEOSÍNTESE DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO	[1]
Cirurgião	ADAUTO TELINO	[1]
Anestesista	ALEXNDRE REIS	[1]
Instrumentador	NATALIA	[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MID 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 4. REALIZADA VIA ANTEROLATERAL DO JOELHO DIREITO 5. DIVULSAO 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 (SÍNTESSE PERDIDA) 8. FIXAÇÃO COM PLACA L 4.5 + 02 PARAFUSOS ESPOONJOSOS + 02 PARAFUSOS CORTICAIS 4.5 9. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES POR ESCOPA 10. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 1 E NYLON 3-0 11. CURATIVO ESTÉRIL	[1]

Adauto Telino  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM 20671 TEOT: 15666



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

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 ASMATICO, 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

Elaíne Cristina da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN 877170

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

14/06/2019 08:54

Paciente: VINICIUS ALBUDUEROUE MARCELINO Dt. Nasc.: 18/06/1991 Atendimento: 10240658 Prontuário: 5479001

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE

Leito: 108-P1/1

Professional(is): LUCIANA NANDES DA SILVA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 630495 Nº: 13776996 12/06/2019 às 23:10  
[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-NOITE

Hora 19:00 [1]

Hora:

Descrição PACT RETORNA DO B.C CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO AFBERIL EUPNEICO NORMOTENSO NORMOCORADO COM AVP PARA MEDICAÇÃO EM REPOUSO NO LEITO O FIDELHO SEGUE AOS COGG DA ENFERMAGEM [1]

Hora 21:00 [1]

Hora:

Descrição REALIZADO MEDICAÇÃO CPM [1]

Hora 00:00 [1]

Hora:

Descrição REALIZADO MEDICAÇÃO CPM [1]

Hora 01:00 [1]

Hora:

*Relevarlo epn,*

Descrição 0 [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Maria Eduarda de M. Venâncio  
COREN-PE 1239.099-TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 1

aciente; VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO  
onvenio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 18/06/1991  
Nº Prescrição: 0010486800  
Leito: 9005413

Atendimento: 18240658  
12/06/2019 às 16:14  
Peso: 85,00 kg

Prontuário: 5479601

PRE  
1.-DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

MEDICA

## HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 12/06/2019 20:10

paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	Dt. Nasc.: 18/06/1991	Atendimento: 18240658	Prontuário: 5479001
onvento: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0010496802	12/06/2019 às 16:14	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300541/3	Peso: 85,00 kg	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			<b>HORÁRIOS</b>
1-PUNCAO CI JELCO			
2-SINAIS VITais	6/6h		
3-CUIDADOS GERAIS			
4-CURAÍTIVO COM ATADURA E GAZE	6/6h		
ACGUARADA			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

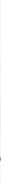
enviado para o SMD

INTERVIEW

ACUCHADA

ACOCHOADA

4-CURATIVO COM ATTADURA E GAZE

**INTEROFIX** \_\_\_\_\_  
Legenda Itorano :   
= Indica fiume sboccativo  
= Indica strada  
= Indica luogo abitato

10

Indica item não adm.

Inisitado.

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

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

12/06/2019 15:41

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### Evolução de Enfermagem

HD DE PLATOR TIBIAL MID  
 PCT EGR CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL  
 ACANOTICO ANICTERICO NORMOTENSO NORMOCORADO  
 NORNOTENSO 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 Cirúrgico

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

Página 1 de 1

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 11 ANDAR - HE	Leito: 108-P1/1	
Profissional(is): JANAINA SILVA DO AMARAL, ENFERMEIRA, COREN/336918 [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]

### AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0 [1]

### AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim [1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim [1]

### DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim [1]

*Janaina Amaral*  
Enfermeira  
CORE/PE 336.918-ENP



Paciente: VÍNÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Convenção: HAPVIDA

Posto: POSTO 11 ANDAR - HE

1. DIETA: GERAL-ADULTO (PARA A IDADE)

2. Hidratação Venosa Fase Única RINGER COM LACTATO 35,71 CEFALOTINA (1,00g) (D2/2)

3. ÁGUA DESTILADA 0,40mg/ml

4. NARCAN (0,40mg/ml)

5. OMEPRAZOL (40,00mg)

6. PLAMEI (5,00mg/ml)

7. DIPRORÔNA (50,00mg/ml)

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)

9. SINAS VITAIS

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ADURA E GAZE ACOCHOADA

12. CLEXANE (40,00mg/ml)

Até vigilância

RP1541

Atendimento: 1824065B

Prontuário: 5479001

Peso: 85,00 kg

CRM-16684

Leito: 108-PIN

CRM-16684

Posto: 24/24h ORAL

CRM-16684

Acesso Panfénico

CRM-16684

14,00 g/min

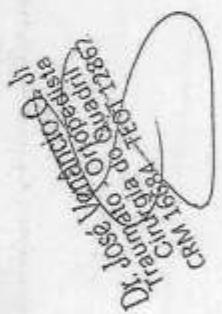
EV

ACM

CRM-16684

EV

EV

  
 Dr. José VENâNCIO DE OLIVEIRA JUNIOR  
 CRM-16684

*J. V. Q.*

paciente: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO  
invento: HAPVIDA  
Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

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

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

HORÁRIOS  
Manhã 06:00-12:00  
Tarde 13:00-18:00

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 13/06/2019 10:46

Pronunciado: 5479001

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/24h ORAL

#### 1. DIÉTICA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

2. Hidratação  
Venosa  
RINGER COM LACTATO 35,71 ml/Kcal/dia 1000ml  
3. CEFALOTINA (1,00g) Agua Deslilada  
(D22)

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

1g 1FRAP (FRAP CI 1GR) 6/6h EV

10ml 1ML (AMPL CI 4MG) EV ACM

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

18ml 1FRAP (FRAP CI 40MG) 24/24h EV

06:00 ; 14/06-06:00

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

4. NARCAN (0,40mg/ml)  
Agua Deslilada 40mg 1FRAP (FRAP CI 40MG) 24/24h EV

06:00 ; 14/06-06:00

18ml 1FRAP (FRAP CI 40MG) 24/24h EV

06:00 ; 14/06-06:00

5. OMEPRAZOL (40,00mg)  
Agua Deslilada 10mg 2ML (AMPL CI 10MG) 8/8h EV

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

18ml 2ML (AMPL CI 50MG) 6/6h EV

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

6. PLAMET (5,00mg/ml)  
Agua Deslilada 1000mg 2ML (AMPL CI 50MG) 8/8h EV

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

18ml 2ML (AMPL CI 50MG) 6/6h EV

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

7. DIPIRONA (500,00mg/ml)  
Agua Deslilada 50 mg 1ML (AMPL CI 50MG) 8/8h EV

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

50 ml 1ML (AMPL CI 50MG) 8/8h EV

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

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)  
Soro Fisiológico 50 mg 6/6h

6/6h

Alta vigilância

9. SINAIS VITAIS

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE

ACOCHOADA

12.

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão:

13/06/2019 10:06



Hospital do  
Espírito Santo

Paciente: NÍNÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Dt. Nasc.: 18/06/1991  
Nº Prescrição: 10486807  
Leito: 108-P11

Posto: POSTO 11 ANDAR - HE

1. DIETA: GERAL - ADULTO I PARA A IDADE

2. Medicação Venosa Fase Única

RINGER COM LACTATO

3. CEFALOTINA (1,00g)  
(D2/2)

Agua Destilada

4. NARCAN (0,40mg/ml)

Agua Destilada

5. OMEPRAZOL (4,00mg)

Agua Destilada

6. PLAMET (5,00mg/ml)

Agua Destilada

7. DIPRÖNA (5,00mg/ml)

Agua Destilada

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico

9. SINAIS VITais

10. CUIDADOS GERAIS

11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACCOCHOADA

12. CLEXANE (40,00mg/ml)

Alta vigilância

Profissionais: CRM-10684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venâncio  
Ortopedista  
Traumatologista  
CRM 10684

atendimento: 182/0658  
prontuário 5479001  
peso: 85,00 kg  
CRM-16684

DILUR 01 AMP + SF 0,9 % CRM-16684  
200 ML EV 45 SEREFAÇÃO URMARIA  
OU PRURIDO CRM-16684

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 TORMOZELA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORMOZELA	[1]
CID10	S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORMOZELA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 CLINICA

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.			
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	paciente encaminhado p/ dr adalto para internamento e tratamento corurgico hoje		[1]
Queixa Principal			
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]		[1]
CID10	S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			

## 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 TERAPÉUTICO

Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]
----------------------------	----------------------	-----

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nº Atendimento	18238262	[1]	
Nome	VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO	[1]	
Data De Nascimento	18/06/1991	[1]	
Data Da Internação	12/06/2019	[1]	
<b>SINAIS VITais</b>			
Dispensar Sinais Vitais	Sim	[1]	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID Principal	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]	
<b>PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO</b>			
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	Lito:	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	SB21 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO		

Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]
----------------------------	----------------------	-----

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento**

Emissão 13/06/2019 10:46

Hospital do  
Espirito Santo

paciente:  
**VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO**  
Início: 13/06/2019  
Posto: POSTO 1 LANDAR - HE

Dt. Nasc.: 18/06/1991  
Nº Prescrição: 0010486807  
Leito: 108-P/11

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

Prontuário: 5479001  
HORÁRIOS

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**CLEXANE (40.00mg/ml)**  
40 mg  
0,4 mL (SERI CI 40MG) 24/24h SC  
Leito: 108-P/11

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

Alta vigilância

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

servido para o SNC

INTEROFIX  
Asa

## 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 1 ANDAR - HE	Lelto: 108-P1/1	
Profissional(is): IRANILDO ARTINHO DE LIMA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1326134 [1]	Nº: 13778443	13/06/2019	às 07:26

### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	07:00	[1]
Hora		
Descrição	RECEBO O PLANTÃO COM PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NOR MOCORADO, ABDOMEN FLACIDO INDOLAR 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 Edwilda de M. Venâncio  
COREN/PB / 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	Lito: 108-P1/1	
Profissional(is): JANAINA SOUSA DA SILVA ENFERMEIRA COREN 449522	Nº: 13780102	13/06/2019	às 10:44

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem	PACIENTE HD: 1ºDPO DE PLATO TIBIAL D/ PCT ASMÁTICO, PLASIL, AAS, EVOLUI COM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUA HIDRATADO, NORMOCORADO, EUPNÉICO, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, DIETA VD COM BOA ACEITAÇÃO, FO COM CURATIVO OCLUSIVO, REPOUSO NO LEITO, ELIMINAÇÕES PRESENTE, SEGURO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	[1]
ALERGIAS	PLASIL, AASS	[1]
ALERGIAS		
AVALIAÇÃO DE DOR	0	[1]
Dor (0 A 10)		
AVALIAÇÃO DE RISCO:	Sim	[1]
Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	
DISPOSITIVOS	Sim	[1]
Acesso Venoso Periférico		

*Janaina Souza da Silva Reis  
Coren-PE 449.522 - ENF*

17:30 Alts Hospital

*Mauricio Oliveira  
Enfermeiro  
Coren-PE 50.680*

# EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

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 11 ANDAR - HE Leito: 108-P1/1  
Profissional(is): JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR MEDICO CRM-16684/MT Nº: 13781227 13/06/2019 às 13:35

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

### Evolução Do Paciente

1 DPO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL [1]  
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 EMERGÊNCIA EM CASO DE  
INTERCORRÊNCIA

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA [1]

Cid10

Dr. José Venâncio de Oliveira Jr.  
Traumato-Ortopedista  
CRM 16684 - TEC 1.286

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2- Nº 36450571

**Hapvida****Guia****SP/SADT**</div

SP/SADT N° 64094104

Hapvida

## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

7 - Data da Emissão da Guia

1 - Socorro Atº

NIS/T nº 388253

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira

3010037-1566015

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Nome do Consultado

18 - Nome do Profissional Solicitante

19 - Nome do Consultado

20 - Nome do Consultado

21 - Nome do Profissional Solicitante

22 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

23 - CID 10

24 - Freqüência Clínica

25 - DPO DE OSTEOSSÍNTSE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

26 - Cidade de SócioLegado

27 - Descrição

28 - CRM

29 - Número no Conselho

30 - Data/Série

31 - Número do Consultado

32 - T. Iog.

33-34-35 - Localização - Número -

36 - Município

37 - UF

38-Cod. IBGE

39 - CEP

40-Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Comunidade Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45-Código pp CBD S

46 - Grau de Participação

47 - Indicação do Acolhimento

1 - Tratamento

2 - Durto

48 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Enc.

49 - Tipo de Atendimento

50 - Tipo de Exame

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - hora Final

54 - Táb.

55 - Código do Procedimento

56 - Obs.

57 - Via

58 - Téc.

59 - % Prod. Acréscimo

60 - Válida Utilitário - R\$

61 - Válida Utilitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - hora Final	54 - Táb.	55 - Código do Procedimento	56 - Obs.	57 - Via	58 - Téc.	59 - % Prod. Acréscimo	60 - Válida Utilitário - R\$	61 - Válida Utilitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -	11	11	a	14							
1 -	11	11	a	14							
1 -	11	11	a	14							
2 -	11	11	a	14							
3 -	11	11	a	14							
3 -	11	11	a	14							
4 -	11	11	a	14							
5 -	11	11	a	14							

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série

3 -

5 -

7 -

9 -

11 -

13 -

15 -

17 -

19 -

21 -

23 -

25 -

27 -

29 -

31 -

33 -

35 -

37 -

39 -

41 -

43 -

45 -

64 - Observação	65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Alugais - R\$	67 - Total Medicamentos - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$

72 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorização	73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Data e Assinatura do Prestador Executante
08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019

Via e Assinatura do Consultado  
Márcio Albuquerque Marcelino  
08/07/2019

08/07/2019

08/07/2019

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - VI BOA VIAGEM

Nº Pedido: 10561107

Data 28/06/2019

Pag 1 de 1

---

Paciente...: 5479001 VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

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

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

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 30100371656015010

Solicitante: Dr(a) TRANSCRIAO RECIFE P

---

Queixa Principal:

RT

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL - BILATERAL



1832512511

O exame radiológico mostrou:

Densidade óssea preservada.

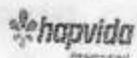
Espaços articulares mantidos.

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

Nº Pedido: 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

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

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula..: 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

SEND-M

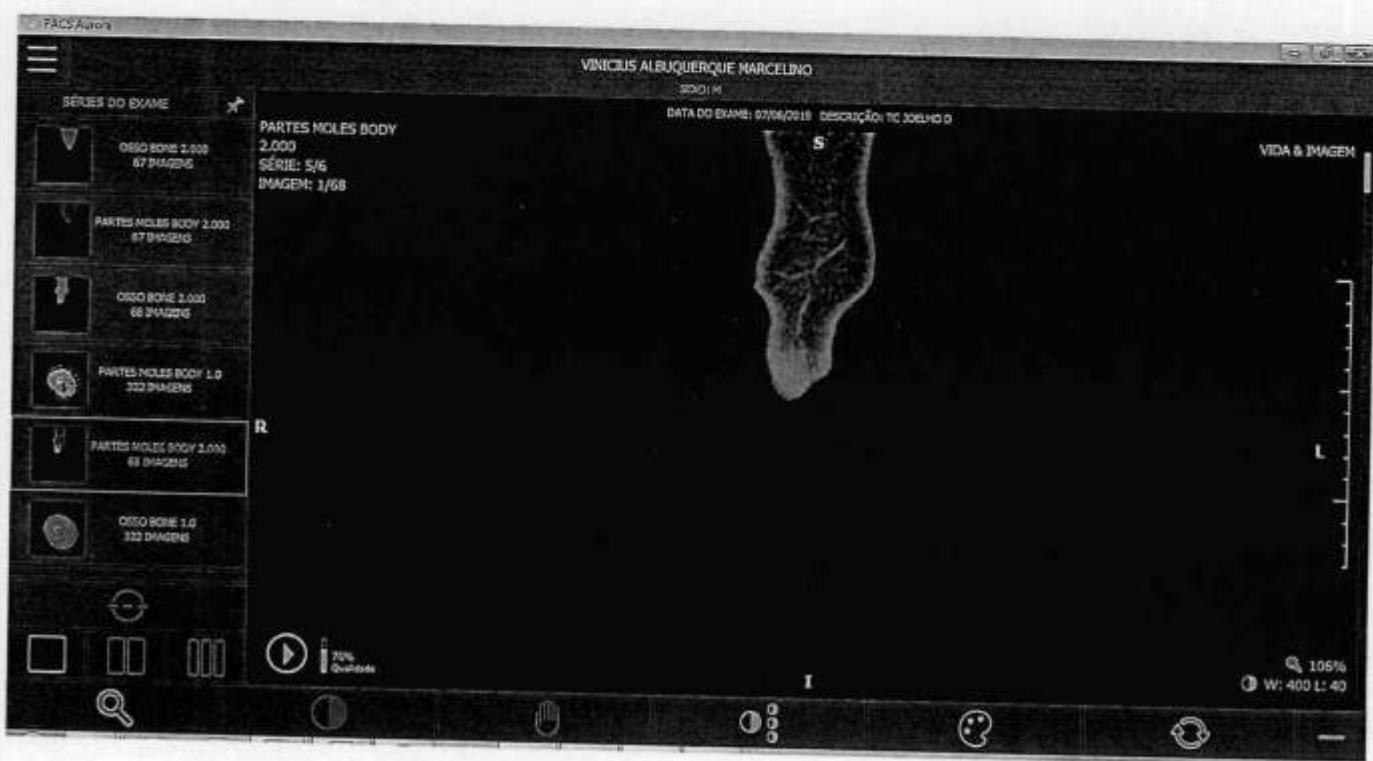
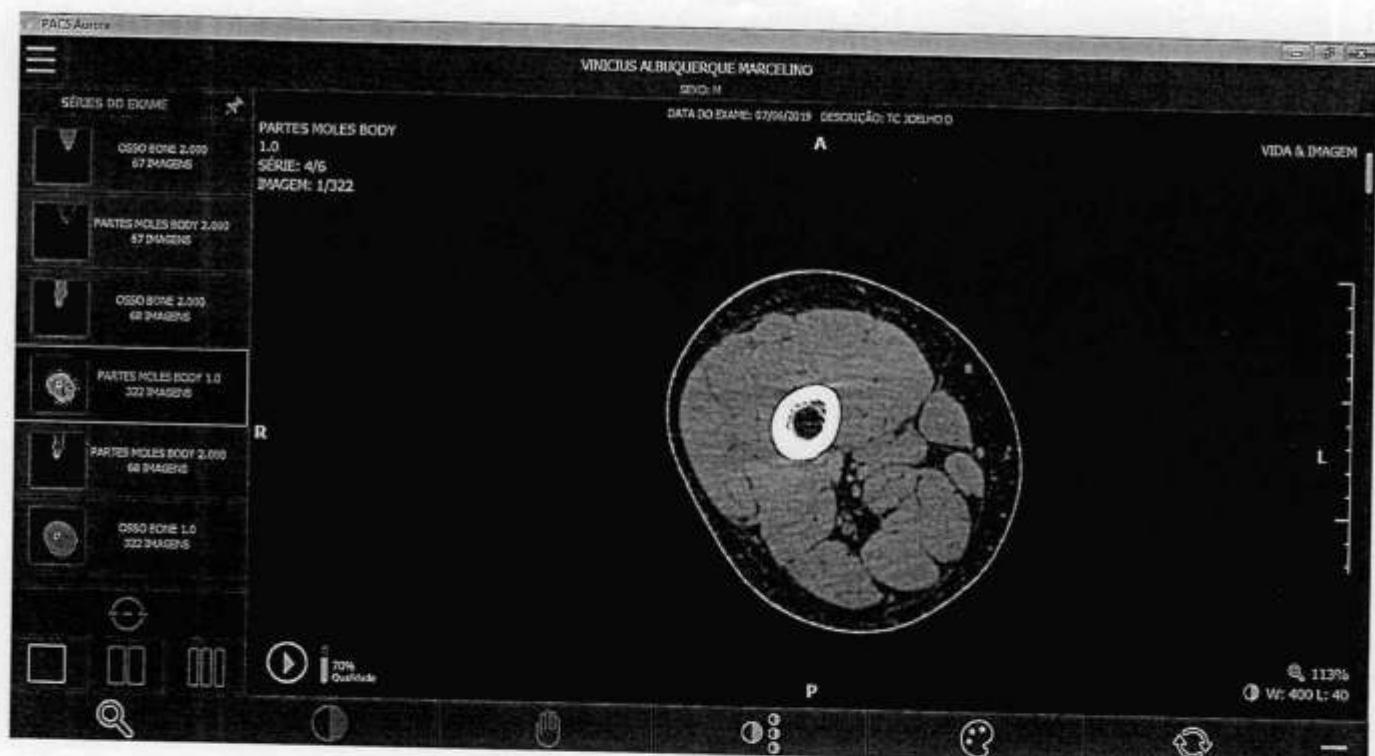
DATA DO EXAME: 07/06/2019

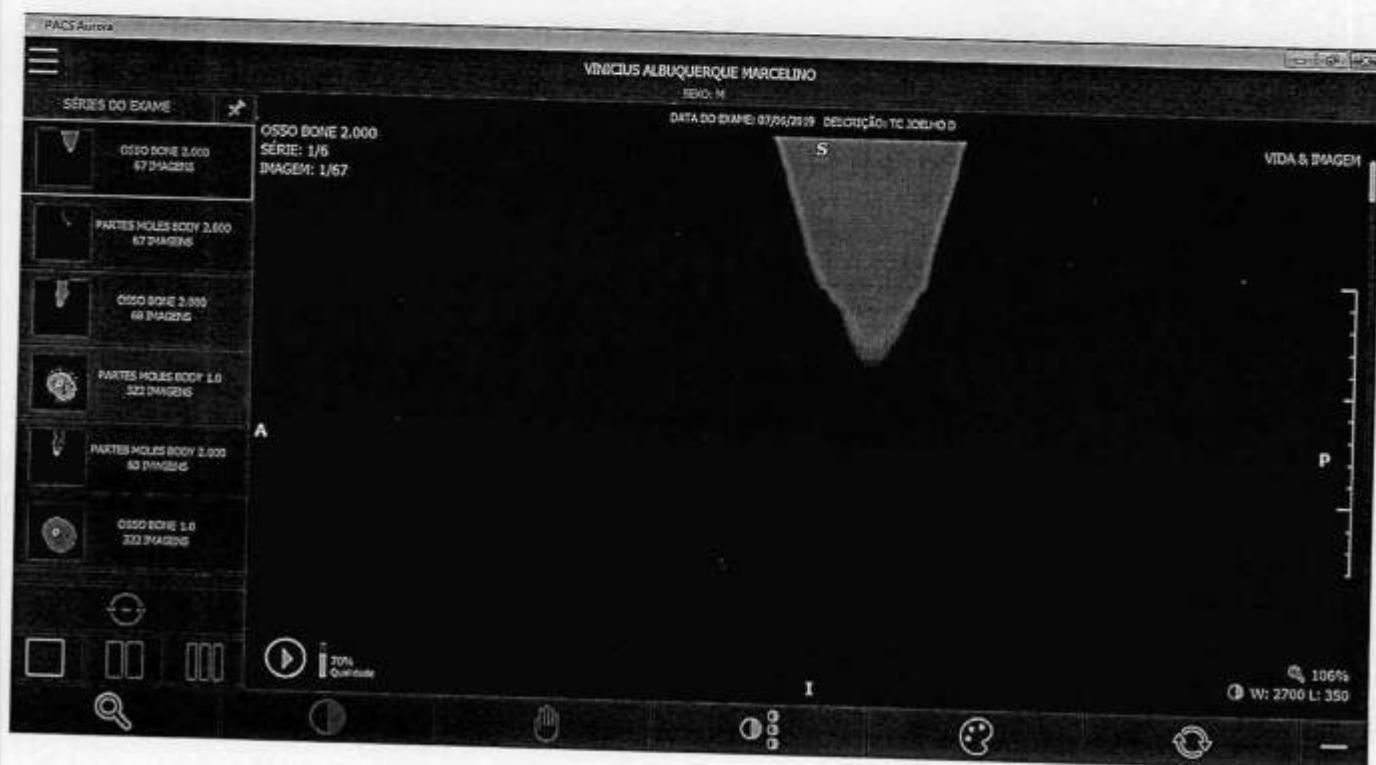
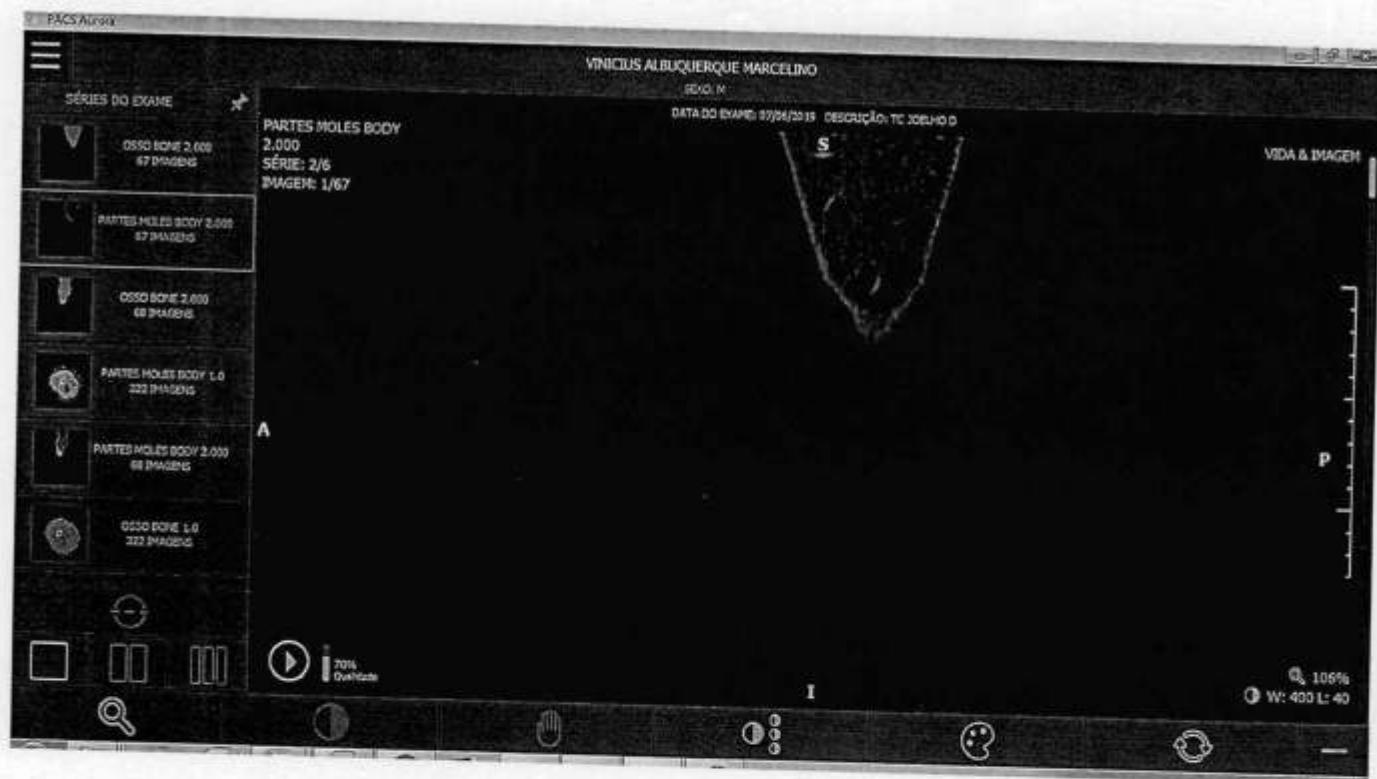
SÉRIE: 1/1  
IMAGEM: 1/2

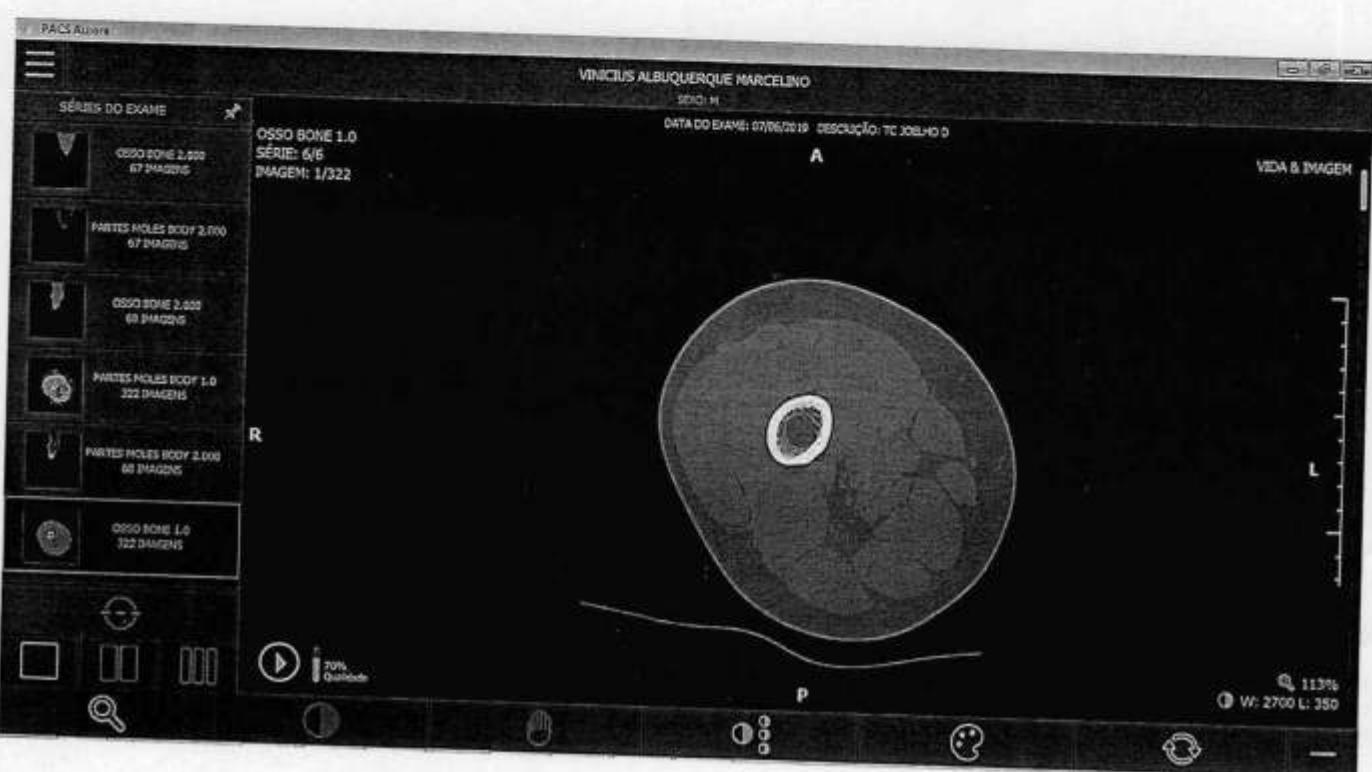
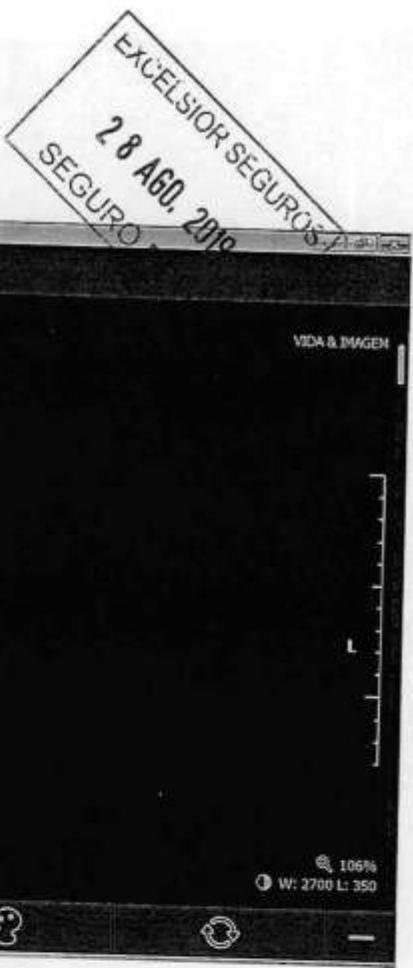
10

233  
166









EXCELSIOR SEGURÓS  
28 AGO. 2019  
SEGÚRO DPVAT





18 AGO. 2019  
SEGURU DPVAT  
MELIOR SEGURU

EXCELSIOR SEGURÓS  
28/02/2019

SEC

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE		Nº 014488098807	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. REG./NOM.	BIN/TC	EXPEDIÇÃO
1	92585551	*****	2019
NOME			
NILSON BARBOSA DA SILVA			

CAMARAGIBE - PE

</

IDENTIFICAÇÃO

vítima Wilma Nunes Albergue Seixas Quelino  
 DATA DO ACIDENTE 07.06.11 CPF DA VÍTIMA 080.890.484-60

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**  
 • 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 SEGURADO 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26.08.12 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE \_\_\_\_\_ DATA 26.08.12

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

**EXCELSIOR SECURITY**  
**18 AGO. 2012**  
**CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**

**SEGURADO**  
**CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**

**NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)**

**COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)**

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190503146      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO      **Data do acidente:** 07/06/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA 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 PERDA DE 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda 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
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190503146      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO      **Data do acidente:** 07/06/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

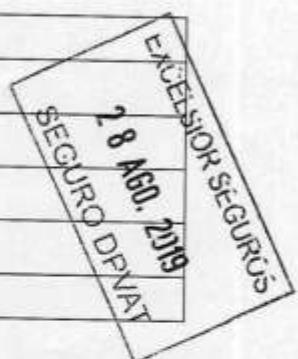
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: <i>Vinicius Albuquerque Marcelino</i>	
Nacionalidade: <i>brasileira</i>	Est. Civil: <i>sócio</i>
Profissão: <i>meanegado de obras</i>	
Identidade: <i>7.929.999</i>	CPF: <i>089.890.484-60</i>
Endereço: <i>Rua Marques Rebello nº 24 UR-06 Ibura</i>	
Cobertura: <i>Invalidez</i>	Data do Acidente: <i>07/06/2019</i>

**PROCURADOR:**

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



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, Sincoros 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.



*Camaraçibe* 12.06.19  
Local e data

*Vinicius Albuquerque Marcelino*

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO EVA TENORIO - CAMARAÇIBE - PE  
H. Merval Tenório da Costa, 550 - CEP 56780-410 - Fone: (81) 3466-1128 / 3880-0000  
[www.cartorioevatenorio.com.br](http://www.cartorioevatenorio.com.br)

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

Camaraçibe, 12/06/2019 - 10:43:15 Emol. R\$3,39  
+ TSNR 0,80 + FERN 0,04 + FERC 0,40 + FUNSEG  
0,08 + ISS 0,20 Total R\$4,91  
Consulte em [tjpe.jus.br/seodigital](http://tjpe.jus.br/seodigital)  
Sel: 0076489.NDLO7201901.03730  
JOANA STEFANY M. P. CABRAL - ESCREVENTE  
AUTORIZADA 029 Consulte [seodigital](http://tjpe.jus.br/seodigital) em [www.tjpe.jus.br/seodigital](http://www.tjpe.jus.br/seodigital)



# 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](http://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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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:

**Vinícius Albuquerque Marcelino**

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

Nome completo:

**Vinícius Albuquerque Marcelino**

CPF:

**089.890.484-60**

Profissão:

**Receia**

Endereço:

**Rua Ag. 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).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA:

**0874**

CONTA:

**54314**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0874**

CONTA: **54314**

**7**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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:  
Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 RODO

**Vinícius 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 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.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_







EXCELSIOR SEGURUS  
28 AGO. 2019  
SEGURU 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 - Culposo (Consumado)** 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: **3º. 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 - JABOATAO 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, PROJETOU O VEÍCULO SOBRE A LATERAL DA MOTOCICLETA, ESMAGANDO A Perna DIREITA DA VITIMA. QUE A VITIMA 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 VITIMA, 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)**

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: <b>089.890.484-60</b>	Nome completo da vítima: <b>Vinicius Albuquerque Marcellino</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <b>Vinicius Albuquerque Marcellino</b>	CPF: <b>089.890.484-60</b>			
Profissão: <b>Recluso</b>	Endereço: <b>Rua Moisés Rabelo</b>	Número: <b>24</b>	Complemento: <b>-</b>	
Bairro: <b>Ihering</b>	Cidade: <b>Recife</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>50000-000</b>	Tel. (DDD): <b>(81) 9 8801-5010</b>
E-mail: <b>-</b>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA: **0874** CONTA: **54114** **7**  
 (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: Vivos:  Falecidos: 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: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: **28 AGO 2019**  
**EXCELSIOR SEGUROS**  
**SEURODPVAT**

**Assinatura de quem assina A ROGO**  
**vinicius albuquerque marcellino**

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

*Sérgio Parente Costa*

Dr. Sergio 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

# ITAU - 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.

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MQ RABELO 24

CPF: 002 159 704-97

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

TIPO DO FISCAL	DATA	EMBALAGEM
070482630	ÓNICA	23/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DO BONUS ALBUQUERQUE
23/07/2019	2011404884	2973143

IBURARRECIFE  
RECIFE PE  
50000-000

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

## DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	247.00000000	0,79063095	192,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,11
Contrib. Ium. Pública Municipal			23,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 082796377-23/05/19			1,54
Multa por atraso- NF 088622943- 19/06/19			3,14
Juros por atraso-NF 088622943- 19/06/19			0,20
Atualização IGP-M-NF 088622943- 18/06/19			0,13
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10.439/2002			-2,31

## TOTAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

222,56

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DÍAS	CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (WAT)
012721	CAT	15-06-2019	58.732,00	23-07-2019	58.979,00	23	1.00000

## HISTÓRICO DE CONSUMO

## MÍDIA DO ANO:

JAN19	247
FEB19	229
MAR19	244
ABR19	251
MAY19	262
JUN19	244
JUL19	234
AGO19	245
SET19	229
OCT19	141
NOV19	230
DEC19	234

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

## VALORES DO IMPPOSTO

Carregamento do Exercício	R\$	%
ICMS	7,00	3,00%
PIS	42,07	18,00%
COFINS	13,50	6,00%
Total	52,57	23,00%

## TAXAS APLICADAS

## Consumo Aprovado

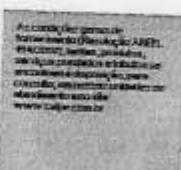
0,049222000

## RESERVADO AO FISCO

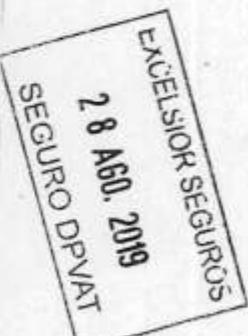
D99F B581 9E33 7D18 3585 B1A9 1B11 33CE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pode-se consultar o valor da fatura no site [www.caixa.com.br](http://www.caixa.com.br). A fatura é disponibilizada no site [www.anel.gov.br](http://www.anel.gov.br). Cobrança de ICMS e subvenção CDE conforme Decreto Estadual 30.459/13. O cliente é responsável pelo pagamento das taxas de consumo de fornecimento. Pago, em caso de geração de débito (R\$ 0,00) na fatura, o cliente deve pagar o débito (R\$ 0,00) e efetuar o reembolso ao fornecedor, caso o fornecedor não tenha mais o direito de cobrar o débito (R\$ 0,00).



TIPO DE TENSÃO	NÍVEIS DE TENSÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
TERCEIRA NOMINAL (V)		
220	202	231
SEGUNDA NOMINAL (V)		
127	114	139



CONSUMO	VALOR APENAS	VALOR MÉDIA	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
000	0,00	0,00	10,15	0,00	
000	0,00	3,17	6,28	12,70	
000	0,00	2,00	0,00	0,00	

Lote: D037 12,22 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 72,00

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7007020109	07/2019	29/07/2019	222,56
83800000002-5 22560011007-7 00702010910-2 14086818463-8			





MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

FATURA DE  
**JUL/2019**  
CÓDIGO MINHA OI  
401737543654

VENIMENTO  
**02/08/2019**  
Emissão em 15/07/2019  
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)  
**184,18**



CTC RECIFE PE PL1

MARIO PEDRO DOS SANTOS  
RUA DR ADELINO FILHO 408  
ESTANCIAS  
50781-025 - RECIFE - PE



7200032696 00000 0000000000 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

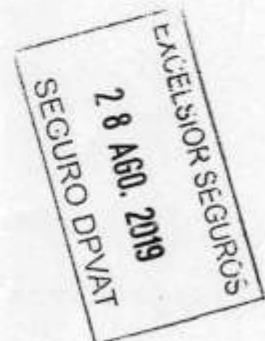
119,85

## OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS  
CPF: 089.767.854-01  
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413  
NÚMERO DA FATURA: 219159434  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Anderson Luena de Oliveira Júnior

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 invalidez da Vítima Vinicius Albuquerque Marcellino

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 Adelino Filho</u>	Número:	<u>408</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>Entomeia</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>—</u>			CEP:	<u>50781-025</u>

Tel.(DDD): (81) 9 8529-6651

Local e Data: Recife, 20 de agosto de 2019

Anderson Luena de Oliveira Júnior  
Assinatura do Declarante

