

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
DOUGLAS SANTOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
9150234 SDS PE

CPF  
705.743.704-80

DATA NASCIMENTO  
22/03/1997

FILIAÇÃO  
VALMIR CARLOS DA SILVA  
EDNA MARIA DE SOUZA  
SANTOS

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB.  
23

Nº REGISTRO  
06417300152

VALIDADE  
13/04/2020

1ª HABILITAÇÃO  
21/07/2015

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador  
Douglas Santos da Silva

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO  
22/07/2016

Assinatura do Emissor  
35924825763  
PE074075950

DETGAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1300851503

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1300851503

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

*Deuless Santos da Silva*

DATA DO ACIDENTE

*09-05-18* CPF DA VÍTIMA *205.743.204-80*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA



- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (X) 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 - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA 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)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) 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)
- ( ) 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 NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

#### VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180548039 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOUGLAS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421506/18

**Vítima:** DOUGLAS SANTOS DA SILVA

**CPF:** 705.743.704-80

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/05/2018

**Titular do CPF:** DOUGLAS SANTOS DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### DOUGLAS SANTOS DA SILVA : 705.743.704-80

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: 21/11/2018  
Nome: DOUGLAS SANTOS DA SILVA  
CPF: 705.743.704-80

DOUGLAS SANTOS DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180548039

Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548039**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13622000



**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180548039**

**Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DOUGLAS SANTOS DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13642662



---

**Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180548039**

**Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), DOUGLAS SANTOS DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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:	Nome completo da vítima:	
	205.743.704-80	Douglas Santos do Silva	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
Douglas Santos do Silva		205.743.704-80	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
autônomo	Rua Harari	90	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Caravelas	Jacobina Guararapes	PE	54170-155
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

## REDA 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)

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 163556 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 20-11-18

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Douglas Santos do Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_



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.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141003762**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2018** às **12:41**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **9/5/2018** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1** - Bairro: **SAO JOSE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
DOUGLAS SANTOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): DOUGLAS SANTOS DA SILVA  
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO



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

**DOUGLAS SANTOS DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDNA MARIA DE SOUZA** Pai: **VALMIR CARLOS DA SILVA** Data de Nascimento: **22/3/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9150234/SDS/PE (RG), 70574370480 (CPF)** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA HAVAI, 90 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ5563 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PDQ 5563, ANO E MODELO 2015, HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA DE PROPRIEDADE DE VALMIR CARLOS DA SILVA, NA AVENIDA ACIMA CITADA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SENDO JOGADO FORTEMENTE AO SOLO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA HOSPITAL DO EXÉRCITO.**

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

*Douglas Santos da Silva*  
**DOUGLAS SANTOS DA SILVA**  
(VITIMA)

*MBuril*  
B.O. registrado por: **MARCELLE DE FATIMA ALVES BURIL** - Matrícula: **350555-3**



# 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:	Nome completo da vítima:
	705.743.704-80	Douglas Santos do Silveiro
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	Profissão:	CPE:
Douglas Santos do Silveiro	autônomo	705.743.704-80
Endereço:	Número:	Complemento:
Rua Harari	90	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Paraleiro	Joaquim Gonçalves	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54170-155	

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

## REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 163556 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dev.da, 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 20-11-18

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Douglas Santos do Silveiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_



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.



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



SAMU  
192

Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 112.05.2018  
EM: 04.06.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **9150234** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **705.743.704-80**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-474542**, que no dia 09 de maio de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão entre motos, por volta das 8h40, na Avenida Sul, nas imediações do Viaduto Capitão Temudo, São José, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital do Exército. Recife, 04 de junho de 2018.

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

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





## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> VALMIR CARLOS DA SILVA CPF: 868.418.744-04	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>19/11/2018</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 09/11/2018 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 09/11/2018 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 038374403	<b>CONTA CONTRATO</b> 007027433248 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2000060050 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0001743580
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA HAVAI 90 SOCORRO/CAVALEIRO 54170-155 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 5A5E.BC63.882B.811E.A11E.DF12.FCBF.1533			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	247,00	0,73645862	181,90
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,36
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030836344-06/09/18			1,37
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>211,87</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
195,26	25,00	48,81	0,74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$	%	
Transmissão	63,26	32,40	
Distribuição (Celpe)	8,98	4,60	
Encargos Setoriais	42,02	21,52	
Tributos	10,82	5,54	
Perdas de Energia	56,96	29,17	
<b>TOTAL</b>	<b>13,22</b>	<b>6,77</b>	<b>100</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52158000	NOV 18	247
		OUT 18	251
		SET 18	208
		AGO 18	189
		JUL 18	209
		JUN 18	193
		MAI 18	181
		ABR 18	195
		MAR 18	164
		FEV 18	142
		JAN 18	
		DEZ 17	
		NOV 17	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LETURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003172316351	CAT	09/10/2018 1.732,00	09/11/2018 1.979,00	31	1,00000	0,00	247,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 12/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	IBURA	0,00	5,07	10,15	20,30
FC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 68,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no ponto mais perto de você! Eduarda Joaquina de Oliveira - r paes de andrade 289 7 / manol messias de oliveira: r tulipas  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

EXCELSIOR SEGURO  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

20/11/2018 09

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALMIR CARLOS DA SILVA,

RG nº 072532044-5 data de expedição     /     /    ,

Órgão MEX, portador do CPF nº 868428744-04 com

domicílio na cidade de JABOATÃO, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: WA WAI, nº 90,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima DOUGLAS S. DA SILVA cujo o condutor era

DOUGLAS S. DA SILVA.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NX R 160 Bros

Ano: 2015/2015

Placa: POB 5563

Chassi:

Data do Acidente: 09 de maio 2018

Local e Data:

A9C2KD0810ER428806

Valmir Carlos da Silva

Assinatura do Declarante



Douglas Santos da Silva

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

CARTÓRIO  
JUVENILE LYRA

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE CAVALHEIRO - 3º DISTRITO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE  
Rua Manoel Coprado, 441 - Cavaleiro - Jaboatão dos Guararapes, PE - CEP: 54210-085 - Fone: (81) 3251-2342  
Titular: Juvenile Prazeres de Almeida Lyra

Reconheço por autenticidade (doc s/vr econ) as firmas indicadas de  
VALMIR CARLOS DA SILVA, DOUGLAS SANTOS DA SILVA  
a qual conferem com o padrão registrado nesta serventia. Em fé.  
Jaboatão dos Guararapes, 13 de agosto de 2018. Em test. da  
verdade.

81 NADIA MARY DE ALCANTARA VALENÇA (1ª SUBSTITUTA)

Emol.: R\$ 7,98 CNR: R\$ 1,60 Total: R\$ 9,58

Selo: 0074435.TBH07201801.00612 e 0074435.NBL07201801.00613

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital



Nr. PESO (Kg) ALTURA (cm) CIRC ABD (cm) CIRC PEL(cm) P SIST P DIAST TEMP(°C) IMC ICQ ANOTAÇÕES

Total de registros: 0

### 9.HDA

#### Nr. CLINICA

#### SINTOMATOLOGIA

1 CARDIOLOGIA Assintomático do ponto de vista cardiológico Sedentário  
2 CLÍNICA MÉDICA 20 ANOS PACIENTE VEIO PARA REALIZAR EXAMES ROTINA. ASSINTOMÁTICO. CD: SOLICITO EXAMES LAB + SU + PF

CID  
PRINCIPAL

RESP

DATA  
REGISTRO

30629746900 16-05-2018  
11:09  
30640103800 30-01-2018  
10:22

Total de registros: 2

### 10.Evoluções

#### Nr. CLINICA CID LANÇAMENTO

#### REGISTRO

#### EXAME FISICO

#### CONDUTA

RESP

DATA  
REGISTRO

1 CARDIOLOGIA Assintomático do ponto de vista cardiológico Sedentário  
- ECG(16/05/18) Ritmo sinusal. FC 70 PR 140 Sem arv, sobrecargas ou bloqueios - Lab (15/05/18) Hb 16 Ht 44 Leuco 4720 bast 0 plaq 280 mil INR 0,97 gH 86 Na 134 Ur 29 K 4,1 Cr 0,7  
Ex físico: EGB consciente orientado corado hidratado afebril eupnéico acianótico anictérico ACV RCR em 2tbnf sem sopros sem turgência jugular AR MV+ sem ra aht Ext: sem edemas pulsos cheios e simétricos PA 110x80 FC 70 FR 17 SO2 99%  
baixo risco - acp - cirurgia ortopédica 30629746900 16-05-2018 11:13

Total de registros: 1

### 11.Atd Triagem

#### Nr. TIPO LOCAL

#### ANAMNESE E EXAME FISICO

CID

DESTINO

Total de registros: 0

### 12.Receitas

Nr. PRESCRICAO RESP DATA REGISTRO STATUS

Total de registros: 0

### 13.Encam

Nr. TIPO ESPECIALIDADE MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO RESPONSÁVEL DATA

Total de registros: 0

### 14.Guias

Nr. TIPO OCS/PSA ESPEC / SOLICITANTE RESPONSÁVEL DATA GUIA STATUS

Total de registros: 0

### 15.Atend

Nr. ID ATD TIPO LOCAL ANAMNESE E EXAME FISICO CID DESTINO LEITO DATA STAT

1 0007 ATD 5ª EMERG Enfermaria PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO (MOTO X MOTO) NO DIA 09/05/18; ATENDIDO NESTA EMERGÊNCIA ONDE EVIDENCIOU-SE FRATURA DA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DIREITO. VEM PARA INTERNAMENTO A FIM DE REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. EXAMES: GLICOSE: 86 MG/DL HB 16,1; HT 44,4; INR 0,97; PLAQ 280.000; PARECER CARDIOLOGICO: BAIXO RISCO.  
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ +- 1H 30. PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SEM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA LONGA OU COLAR CERVICAL (ATENDENTE DO SAMU AFIRMA QUE PACIENTE RECUSOU). PACIENTE DEAMBULA SEM AJUDA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU EPISÓDIO EMÉTICO. REFERE DOR EM ANTEBRAÇO E MÃO DIREITOS. GLASGOW = 15, CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA  
S62.6 Frat de outr dedos ALTA 0008 17-05-2018 20:15 LIBERADO

2 0006 ATD EMERG PM SL 01 Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat ALTA 0013 09-05-2018 09:30 LIBERADO

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

07/06/2018 13:40





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CM NE - 7ª RM / 7ª DE  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)

### FICHA DE INTERNAÇÃO

Internamento: 17/5/2018

Paciente: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Posto/Grad: DMA SGT

Ident. 70574370480

Dt Nasc: 22/3/1997

Enderec RUA HAWAI 90 SOCORRO- JABOATÃO

Telefone(s): 979150950

Idade: 21

GUIA DO FUSEX Nº

Prontuário: 140212203  
Prec-CP: 34258055301  
OM: SIP/7

Especialidade: ORTOPEDIA  
Médico resp: ROMERO

Acompanhante: EDNA MARIA DE SOUZA  
Documento: 0

#### Responsável pelo preenchimento:

##### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo este hospital a realizar tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de qualquer despesa que venha a ser realizada durante a sua internação, que esteja fora do alcance das normas legais vigentes do convênio.

Comprometo-me, ainda, a promover a desocupação das dependências do Hospital, após receber alta pelo médico assistente.

Declaro que estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por jóias, dinheiro, próteses ou qualquer objeto de pacientes internados, bem como pela fuga ou evasão dos mesmos sem alta.

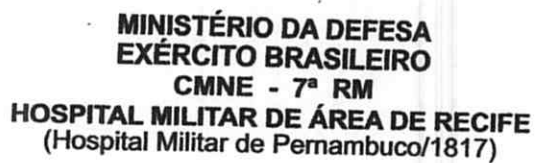
OBS: Deverá chegar ao Hospital no horário de 19:00 até 20:30 hs. Ressalta-se a importância que nos casos de "acidente de serviço" o beneficiário deverá apresentar os documentos comprobatórios.

Recife-PE, 14 de maio 2018

  
Responsável ou Paciente

\_\_\_\_\_  
Chefe do Plantão





Douglas South

505

Solvent: Diethyl ether

for load port

C. n. n. j. 16. 16/1/78

Interim 17/05/98

18. 22

1000  
Jorge R. 2202

1410 10

Romero B. C. Mendes  
Mestre de Artes  
Cidade de São Paulo  
1973/1974, 1975/1976

**"INDICAR E RECEBER DIRETAMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"**

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



Doi fn. S. L. RL

Dev. Fian m

Agua 15

12-11-17 C.15: 5620

Romero E. C. Mendes  
Médico  
CRM 12.588 PE  
ID 07019274 M21E8

21/11/17

"PROCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

HEART-ECG

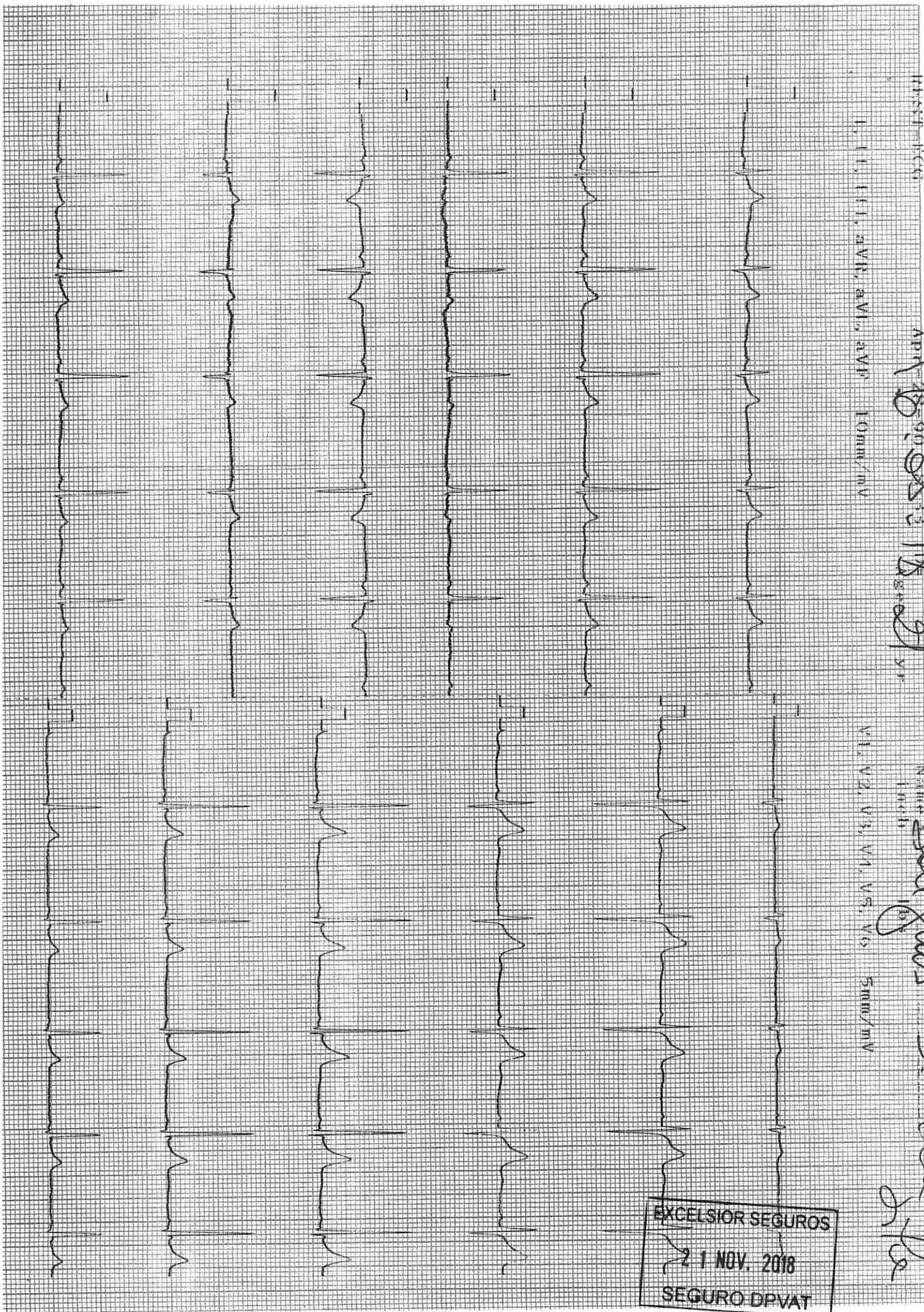
APR 28 09:05:18 2018

I, II, III, aVR, aVL, aVF 10mm/mV

V1, V2, V3, V4, V5, V6 5mm/mV

Dr. J. S. Silva

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE 7<sup>o</sup> RM/7<sup>o</sup> DE  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE

Paciente:

Peçanha Santos da Silva

Exame

Exame

Olhos

Exame de campo de visão  
de 06 em 06 horas.

Frederico G. Luz Ribeiro  
Maj. Médico  
ID 073713484-3 CRM 10835

19/05/18

Recebido dia 21/05/18 às 07:00 da Manhã

Recebido

a do Hospício, 563 CEP 50050-050 Recife - PE  
(81) 2123-4800

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7º RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



AO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA

MAT ROMERO (2ª feira - 7h)

Dargelas Santos da Silva, 21  
anos, vítima de acidente  
de moto e fratura de  
base da falange proximal  
de 5º dedo direito.

Solcito avaliação Guata

DEBORAH de Lima Costa Ferreira  
1º Ten Med  
CRM - PE: 21803  
IDT. 070286287-0 EB

OCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS

21 NOV. 2018

SEGURO DPVAT





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7º RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



### LAUDO MÉDICO

Douglas Santos da Silva, 21 anos,  
com história de acidente de  
trânsito (colisão moto x moto).

Atendido nesta emergência,  
pode evidenciar-se fratura  
de base da falange proximal

do 5º dedo direito. Paciente  
foi liberado após analgesia,

imobilização do tipo splint

e encaminhado ao  
ambulatório da ortopedia →

OCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS

21 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



Cont.



deste serviço para seguimento -  
to. Sem mais.

Recife, 09/05/18.

CID 10: S62.6

DEBORAH de Lima Costa Ferreira  
1º Tenente  
CRM PE 21403  
IDT. 070286297-9 EB

OCCORRE SEGUIR FIDELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS.

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M N E – 7ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)**

**PARA: Douglas Santos da Silva**

**Risco Cirúrgico**

**Paciente, 21 anos, assintomático do ponto de vista cardiológico, sem comorbidades cardiovasculares prévias, possui risco baixo de eventos cardíacos para o procedimento cirúrgico proposto, cirurgia ortopédica em membro superior direito, segundo critérios do American College of Physicians.**

**Recife, 16 de maio de 2018**

*Rafael Oliveira da PAIXÃO*  
2º Ten Médico Cardiologista  
CRM-PE: 17.032  
Idt. 070615197-5 MD/EB

EXCELSIOR SEGUROS  
21 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT