



01/07/2020

Número: **0018388-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

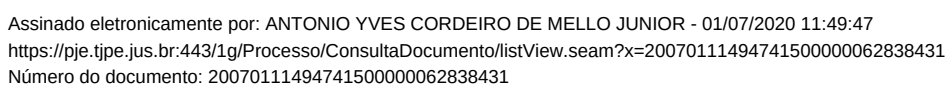
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DOUGLAS SANTOS DA SILVA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64019496	01/07/2020 11:49	ANEXO 3	Outros (Documento)

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Denilson Santos da Silva

DATA DO ACIDENTE

09-05-18 CPF DA VITIMA 105.743.904-80

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

UF

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

()

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira

DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE

NOME

20/11/18

ASSINATURA

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, DESCREVENDO 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.

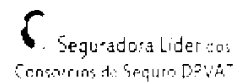
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DOUGLAS SANTOS DA SILVA

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

Pag. 00295/00296 - carta_01 - INVALIDEZ

00020148



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 contato 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 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

Pag. 00705/00706 - carta_03 - INVALIDEZ

00050353



Carta nº 13642662





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 e 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

Pag. 00503/00504 - carta_16 - INVALIDEZ

00020252



Carta nº 14363855



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:
	705.343.704-80	Douglas Santos do Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Douglas Santos do Silveira	705.343.704-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Outubom	Rua Lacerda	90
Bairro:	Cidade:	Estado:
Guararapes	Guararapes	PA
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54170-155	

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

RENDAS CADASTRAIS:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

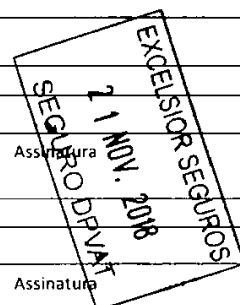
Douglas Santos do Silveira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

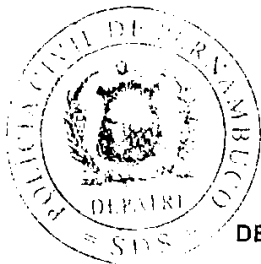
1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____



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

V001/2018





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**

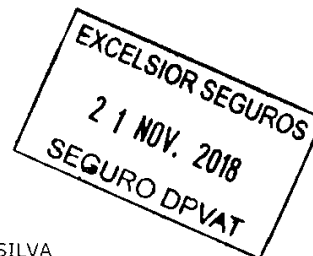
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1 - Bairro: SAO JOSE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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)

B.O. registrado por: *Marcelle* **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 Sentes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Douglas Sentes da Silva	705.743.704-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Outubreiro	Rua Lapa	90
Bairro:	Cidade:	Estado:
Corumbá	Itapetininga	MS
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	54170-155	

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

RENDAS 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0698	CONTA: 163556	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

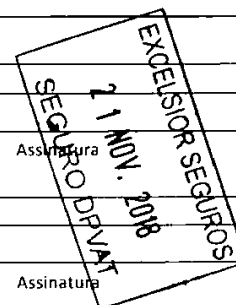
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____



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

V001/2018



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

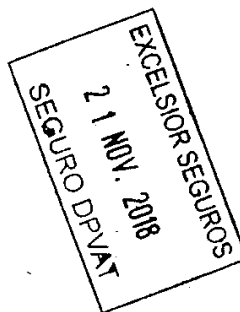
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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		 celpe Grupo Nucleon											
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		www.celpe.com.br											
DADOS DO CLIENTE VALMIR CARLOS DA SILVA CPF: 868.418.744-04		DATA DE VENCIMENTO 19/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00											
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA HAVAI 90 SOCORRO/CAVALEIRO 54170-155 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 038374403											
RESERVADO AO FISCO 5A5E.BC63.882B.811E.A11E.DF12.FCBF.1533		CONTA CONTRATO 007027433248 Nº DO CLIENTE 2000060050 Nº DA INSTALAÇÃO 0001743580											
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico													
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										
TOTAL DA FATURA			211,87										
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS													
ICMS		PIS		COFINS									
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO								
195,26	25,00	48,81	195,26	0,74	1,44								
			195,26	3,44	6,71								
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO													
RS	%												
Geração de Energia	63,28	32,40											
Transmissão	8,98	4,60											
Distribuição (Celpe)	42,02	21,52											
Encargos Setoriais	10,82	5,54											
Tributos	58,98	29,17											
Perdas de Energia	12,22	6,77											
TOTAL	195,28	100											
HISTÓRICO DO CONSUMO													
	NOV 18	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAY 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17
Consumo Ativo(kWh)	247	251	208	189	209	193	181	195	164	142			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES													
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL								
10/2018													
DIC-No de horas sem Energia	IBURA	0,00	5,07	10,15	20,30								
FIC-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								
Limite DICR: 12,22													
Limite DICR em dia crítico													
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 68,00													
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo													
NÍVEIS DE TENSÃO													
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)												
	MÍNIMO	MÁXIMO											
220	202	231											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: eduarda joaquina de oliveira:: r paes de andrade 289 ? / manol messias de oliveira: r tulipas Na data da leitura e 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.													

DESTAQUE AQUI

EXCELSIOR SEGUROS

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 1/1/,

Órgão MEX, portador do CPF nº 868428144-04 com

domicílio na cidade de JABOATÃO, no Estado de

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

RU4: WA WAI, nº 90,

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

mencionado 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 Air 160 2003

Ano: 2012/2015

Placa: PBQ 5562

Chassi:

Data do Acidente: 09 de maio 2018

Local e Data:

49C3K00010ER438806

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 DE REGISTRO CIVIL DE CAVALHEIRO - 3º DISTRITO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE
Rua Manoel Copado, 441 - Cavaleiro - Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54210-965. Fone (81) 3251-7347
Título: Juvenio Pressures 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 13/08/2018
da
verdade.

Maria Mary de Almeida Lyra Valença (E SUBSTITUTA)

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

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



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

		CID PRINCIPAL	RESP	DATA REGISTRO
1	CARDIOLOGIA	Assintomático do ponto de vista cardiológico		
2	CLÍNICA MÉDICA	20 ANOS PACIENTE VEM PARA REALIZAR EXAMES ROTINA. ASSINTOMÁTICO. CD: SOLICITO EXAMES LAB + SU + PF	30629746900	16-05-2018 11:09
			30640103800	30-01-2018 10:22

Total de registros: 2

10 .Evoluções

Nr. CLINICA CID LANÇAMENTO

REGISTRO

EXAME FÍSICO

CONDUTA

RESP

DATA REGISTRO

1	CARDIOLOGIA	Assintomático do ponto de vista cardiológico	- 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 gl 86 Na 134 Ur 29 K 4,1 Cr 0,7	Ex físico: EGB consciente orientado corado hidratado afebril eupnéico acanótico anictérico ACV RCR em 2bnf 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%	babo risco - acp - cirurgia ortopédica	30629746900	16-05-2018 11:13

Total de registros: 1

11 .Atd Triagem

Nr. TIPO LOCAL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CID

DESTINO

Total de registros: 0

12 .Receitas

Nr.

PRESCRIÇÃO

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 FÍSICO

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 - 7º RM / 7º DE
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco / 1617)

FICHA DE INTERNAÇÃO

Internamento: 17/5/2018

Paciente: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

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

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

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.

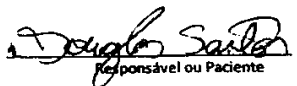
Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de qualquer despesa que venha a ser realizada durante a sua internação, que esteja fora do alcance das normas legais vigentes do convênio.

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





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



Doufa Sath

D.S.

Solicita internação

para tratamento

psiquiátrico. 16/05/18

Internado 17/05/18

18/05/18

Seguro DPVAT

18/05/18



"PROCURE SEMPRE EEFETIVAMENTE 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. R.

Doi. Fian m

Ngub m 15

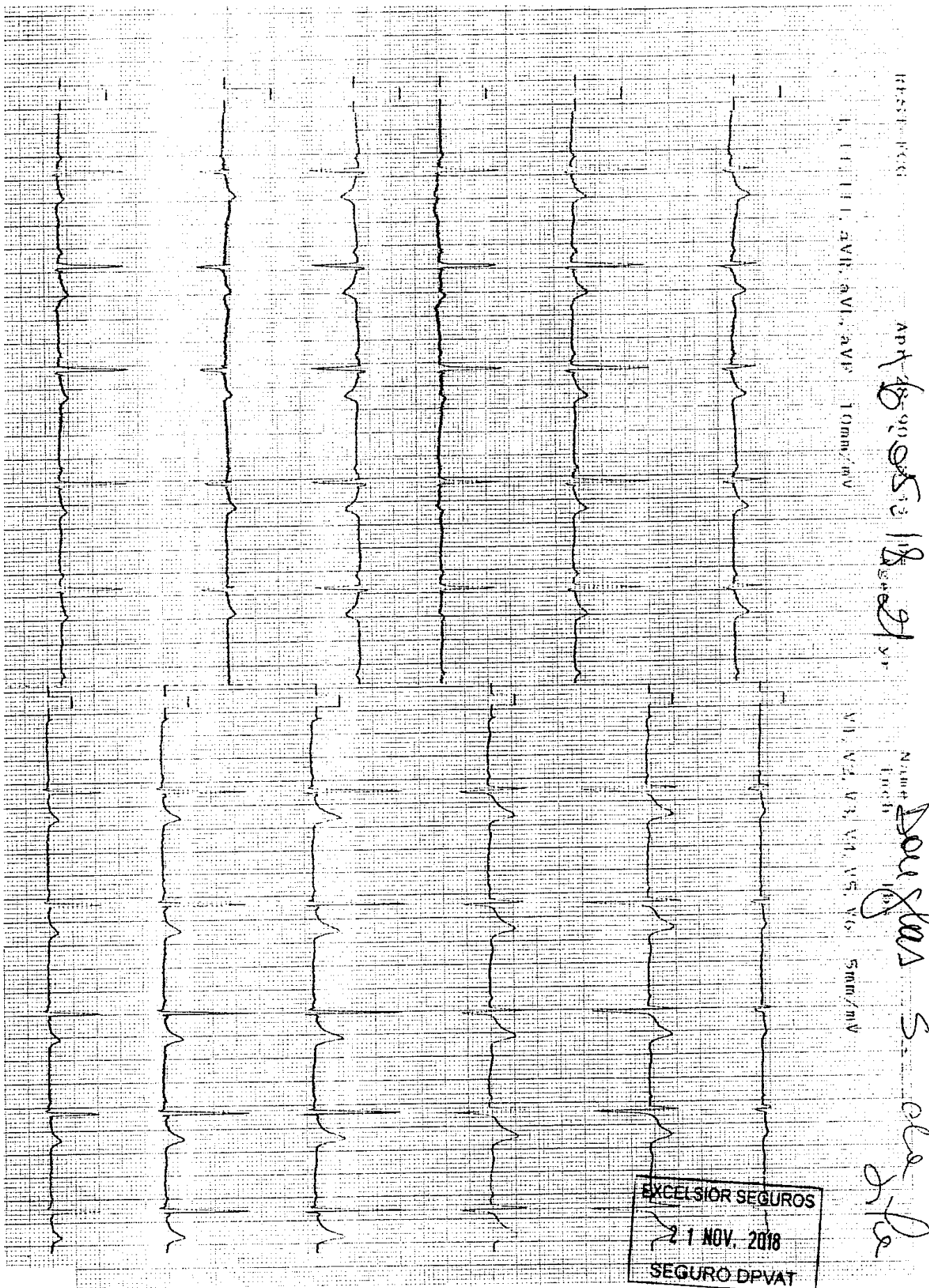
12-11-2017 P.O.: 5620

21/11/17
F. M. C. Mendes
21/11/17

"PROCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT





12-lead ECG

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

APR 28 00:05:18 21 yr

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

Nome: Douglas S. Almeida

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT





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

Paciente: *Deziderio Santos da Silva*

Ex *em f. d. e*

Exatador *Olax*

com o acompanhamento
de Ob em Ob. e.

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

18/05/18

Rebom da 21/05/18 em 07:00 d. v. g.

Reverso

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)

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

Solcito avaliação Guata

DEBBRAH de Lima Costa Faria
1º Ten Med
CRM - PE: 21603
IDT. 070286297-0 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,
onde evidenciou-se fratura
de base da falange proximal
do 5º dedo direito. Paciente
foi liberado após analgesia,
imobilização do tipo split
e encaminhado ao
ambulatório da ortopedia →
OCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Cont.

deste serviço para sequen-
to. Sem mais.

Recife, 09/05/18.

CID 10: S62.6

DEBORAH de Lima Costa Ferreira
1ª Tabelião
CRM-PE: 21083
IDT. 070286297-8 ES

EXCELSIOR SEGUROS

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: 17.082
Id: 070615197-5 MDES

