
Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270837

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270837

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270837

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190270837**

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: _____

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

Nome completo: UBIRATAN DA SILVA BARROS CPF: 024.099.994-09
Profissão: PESSOEIRO Endereço: RUA CANALAMA Número: 95 Complemento: _____
Bairro: TOMBOUS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.660-290
E-mail: RECIFE.CARPINA@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (71) 9881-9625

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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: 0678 CONTA: 00021901
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Recife, 04-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

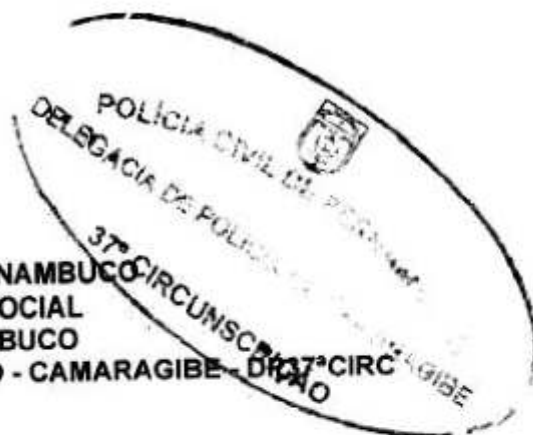
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - 037ª CIRC
DIM/9ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127002348**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019** às **10:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **09:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, DE FRENTE AO SUPERMERCADO ASSAI** - Bairro: **CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SILVIO (AUTOR \ AGENTE)
ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (OUTRO)
JADSON EVERTON DA S NUNES (OUTRO)
UBIRATAN DA SILVA BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO**



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

UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILMA MARIA DA SILVA**
Pai: **AIRDES DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **18/10/1976** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANDELARIA, 45 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO / BRASIL**

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

JADSON EVERTON DA S NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PARAGUASSU, 211 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JADSON EVERTON DA S NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: **452757053**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

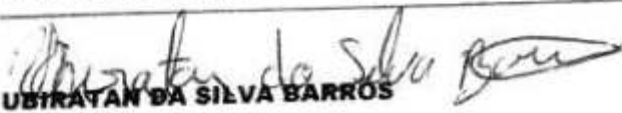
VEICULO CLASSIC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1000014794** Chassi: **8AGSU19F0ER161721**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO NA FAIXA DA ESQUERDA, SENTIDO RECIFE/CAMARAGIBE, QUANDO O VEICULO QUE VINHA NA FAIXA DA DIREITA, PARA ENTRAR NO SUPERMERCADO ASSAI, VIROU A ESQUERDA, ATINGINDO A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO CONDUTOR DO CLASSIC, QUE SE IDENTIFICOU COMO SILVIO, PARA A UPA CAXANGÁ. SENDO LOGO APÓS, TRANSFERIDO O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, SENDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. A VITIMA TEVE LUXAÇÃO DO METATARSO FALANGICA 5 PDD. NO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, A VITIMA TEVE COMO NÚMERO DE PRONTUÁRIO 1076814 E ATENDIMENTO 3284143.

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


UBIRATAN DA SILVA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127003310**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **17:49**

Complementa o BO Número: **19E0127003307**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **09:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AN. BELMINIO CORREA EM
FRENTE AO SUPERMERCADO ASSAI** - Bairro: **CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (OUTRO)
MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (OUTRO)
UBIRATAN DA SILVA BARROS (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): **UBIRATAN DA SILVA
BARROS**

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

UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILMA MARIA DA SILVA**
Pai: **AIRDES DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **18/10/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **4892060/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:
- **982819625**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RECIFE, 45, RUA CANDELARIA 45, TORRÕES - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMADO**
Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Fixos:
- **34456435**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 159, RUA MAXIMINIO BUARQUE DE GUSMÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO JOSE SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910CR002180**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**

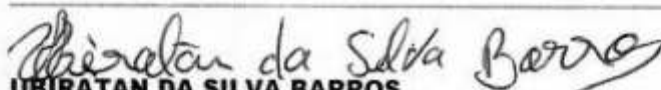
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO O VC I E NO LOCAL EM REGISTRO O VC II AO FAZER UM RETORNO EM LOCAL PROIBIDO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA MOTOCICLETA. A VITIMA SOFREU LESÃO NO PÉ DIREITO E FOI CONDUZIDA PARA A UPA DA CAXANGÁ. É O FATO DESTA B.O

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


UBIRATAN DA SILVA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSÂNDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



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: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: UBIRATAN DA SILVA BARROS CPF: 024.099.994-09
Profissão: PESSOEIRO Endereço: RUA CANALAMA Número: 95 Complemento: _____
Bairro: TOMBOUS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.660-290
E-mail: RECIFE.CARPINA@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (71) 9881-9625

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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: 0678 CONTA: 00021901
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Recife, 04-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ROSANGELA
02/01/1998



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO
Estrada do Barbalho, 889, Iputinga, 50690-900



Data de Postagem
27/02/2019



UBIRATAN DA SILVA BARROS
RUA CANDELARIA, 000045
TORROES
50660-290 RECIFE PE

Mais informações no site
www.detran.pe.gov.br

AR

D2302215101-19-1/ 144

BG824948476BR



NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE

No caso de Recurso, é necessário trazer a documentação listada abaixo. As informações apresentadas estão sujeitas às penalidades previstas pelo artigo 299 do Código Penal.

Original e cópia, ou cópia autenticada:

- Documento oficial de identificação com foto, CPF, em bom estado de conservação e que permita identificar o proprietário do veículo. Confira as regras para os documentos de identificação no site www.detran.pe.gov.br
- Cartão de CNPJ dentro do prazo de validade, no caso de Pessoa Jurídica
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou Permissão Para Dirigir (PPD)
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV)
- Notificação de situação ou documento equivalente
- Comprovante de residência com, no máximo, 90 (noventa) dias de expirado, com base nas informações disponíveis no site www.detran.pe.gov.br
- Comprovante de poderes do representante da Pessoa Jurídica, se for o caso

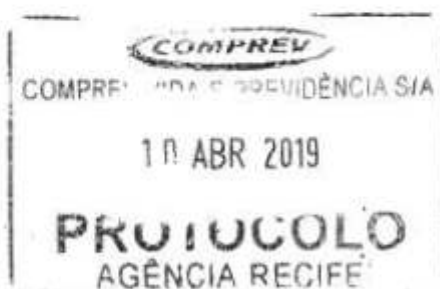
ORIGINAL:

- Requerimento com todas as informações do veículo, do proprietário e/ou condutor, da infração e contendo a descrição da solicitação. O modelo deste requerimento está disponível no site www.detran.pe.gov.br
- Procuração particular, quando for o caso, com firma reconhecida.
- Boleto da infração quitado, no caso de solicitação de reembolso.

Importante: Trazer também original e cópia autenticada do documento oficial de identificação/CPF do Procurador, se for o caso.

ATENÇÃO

Mantenha o endereço atualizado junto ao DETRAN-PE. Quem deixa de receber notificações do Órgão, devido ao endereço desatualizado, será considerado notificado, para todos os efeitos. Deixar de atualizar o endereço é infração leve (Artigo 241 do Código de Trânsito Brasileiro).



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h 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, MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA
RG nº 5915320, data de expedição 1/1/
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 051 995 984/14
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ESTRADA DO CURADO, nº 04
complemento RACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
VERIMATON DA SILVA, cujo o condutor era
VERIMATON DA SILVA BARROS
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2011
Placa: NOC 2041 Chassi: 9C2ND0910CR002180
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data:

29/01/19 TO SI PRO



MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA

Assinatura do Declarante

VERIMATON DA SILVA BARROS

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE

Reconhecimento por AUTENTICIDADE e firma de

MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA

que compareceu ao Cartório em 29/01/2019 às 14h12.

Em teste de

Gratidão e Verificação (Fotocópia)

Emol.: R\$ 1,99 TSJAC: R\$ 0,80 Total: R\$ 2,79

Selo: 0073478.YY04201902.02687



Verimaton da Silva
Declarante
Gallipe José Monteiro da Silva
Substituto
Nº de Inscrição: 3251-ST30-PE
CNPJ: 09.930.010 - Fone: 081 3251-5100

COMPREV

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

02 MAI 2019

PROCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

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

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

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

Eu, MARCIO JOSE SOARES DA SILVA,
RG nº 5918820, data de expedição / / ,
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 051 995 984 14
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ESTRADA DO RURADO, nº 04,
complemento RACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
VERIANE DA SILVA, cujo o condutor era
VERIANE DA SILVA BARROS
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2011
Placa: NOC 2041 Chassi: 9CLND0910CR002180
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data:

29/04/19 TOJIPICO



Marcio Jose Soares da Silva

Assinatura do Declarante

Veriane da Silva Barros

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 16º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Calisto de Lencastre, 209 - Torre A - CEP: 50030-010 - Fone: (81) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA

que compareceu ao padão reg. neste cartório. Dou fé.

Recife, 29 de abril de 2019 19:54:12

Em testem da verdade.

Gilda Magalhães Henriques (Escritor)

Emitido: R\$ 3,99 - ITR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79

Selo: 0073478.YYE04201902.02687



Consulte autenticidade em: www.tpejustica.org.br

Renata Pacheco da Silveira
Delegada
Calliope José Monteiro da Silveira
Substituto
Av. T. Costa no Lameira, 209, Torre A - Recife - Pernambuco
CEP: 50030-010 - Fone: 081 3251 5130



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Prontuário: 1076814

Nome Social:

MASCULINO

Cor. PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:898050064036814

Endereço: RUA VINTE TRES DE ABRIL

Nº: 60

Bairro: TORROES

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50640450

Fone: 558187044210

Celular:

Acompanhante:

Profissão:

Nome da Mãe: ZILMA MARIA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Estado: PE
HOF
Notando pelo Nept
4 cil
03:03:39

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Prüfung Ethno 120

João Paulo Magalhães
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 18882- TROT 13960

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 APR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ROSANGELA
10/10/11

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5589814
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: VERIANA M SILVA BARROS IDENTIFICAÇÃO 42 Idade: 42

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: RECIFE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (x)
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismos do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento por veículo motorizado

Diagnóstico: Lesão por trauma

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesão de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

AO HOF - JERITA 5589814

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a Dor 2

Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6

Localiza Estimulo Doloroso 5

Retirada ao Estimulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis S () N ()

Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intecorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TT - CIRURGIO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: Hospital de Trauma de Foz de Iguaçu

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

COMPREV

025118

Dr. Silvana Mucchi
Ortopedia

Médico Assistente

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EXAMES ANATOMOPATOLÓGICO

SIM ☐ NÃO ☐

DESTINO DA PEÇA ANATÔMICA

SOLICITADO POR:

IDENTIFICADO POR:

NOME DA PEÇA:

CONSERVADA COM:

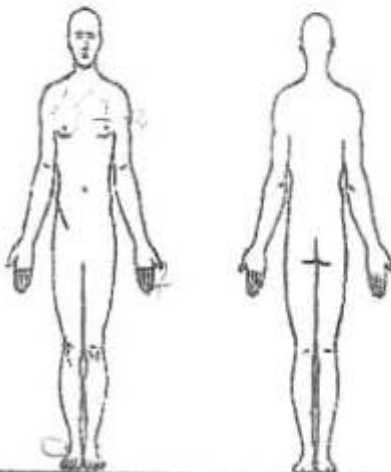
CULTURA

SIM ☐

NÃO ☐

TIPO DO MATERIAL:

01	ELETRODOS
02	PLACA NEUTRA/BISTURA
03	PA NÃO-INVASIVA
04	PA INVASIVA
05	CATETER PERIFÉRICO
06	CATETER CENTRAL
07	OXÍMETRO
08	COXIM
09	INCISÃO CIRÚRGICA
10	DRENO TIPO
11	GARROTE PNEUMÁTICO
12	GESSO LOCAL
SNG POR:	
SVD POR:	



SANGUE E HEMODERIVADOS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
CH	
CP	
PF	

CONFERÊNCIA	DC	TC
CONTAGEM DE COMPRESSAS		
CONFERÊNCIA	IC	TC
NÚMERO DE INSTRUMENTAIS		

LEGENDA: DC - DURANTE A CIRURGIA
IC - INÍCIO DA CIRURGIA
TC - TÉRMINO DA CIRURGIA

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

RISCO DE LESÃO ☒ INSTALAR COUXINS ☒ PROTEGER PROVENIÊNCIAS OSSEAS ☒ PROMOÇÃO DE CONFORTO	ANSIEDADE ☒ OFERECER APOIO EMOCIONAL ☒ EXPLICAR PROCEDIMENTOS
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA ☒ OBSERVAR SINAIS DE CIANOSE ☒ COMUNICAR ALTERAÇÕES À EQUIPE	RISCO PARA DISTERMIAS ☒ ATENTAR PARA VALORES DE TEMPERATURA ☒ AQUECER QUANDO NECESSÁRIO ☒ ATENTAR PARA RISCO DE HIPERTERMIA MALIGNA
RISCO DE INFECÇÃO ☒ LAVAGEM CORRETA DAS MÃOS ☒ PROMOVER TÉCNICAS ASÉPTICAS ☒ CONFERIR ESTERILIDADE DOS MATERIAIS	RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTES ☒ ATENTAR PARA SOLICITAÇÃO DE HTF ☒ OBSERVAR SUPRIMENTO DE SOLUÇÕES EM SO
RISCO PARA QUEIMADURA DE PLACAS DE BISTURI ☒ COLOCAR A PLACA DE BISTURI BEM ADERIDA ☒ CUIDAR PARA A PLACA DE BISTURI NÃO CAIR DURANTE A CIRURGIA	OUTROS:

OBS: GRIFAR DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM ADEQUADO AO PACIENTE.

CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

	USO DE EPI'S	DESINFECÇÃO DAS MÃOS	ASSEPSIA DO SÍTIO CIRÚRGICO	ATB PROFILÁTICA	PAR. MENTACÃO	CONTROLE E PROCESSO ESTERILIZAÇÃO
CONFORME	☒	☒	☒	☒	☒	☒
NÃO CONFORME	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ENCAMINHADO PARA:

☒ SRPA

☐ UTI

☐ SETOR DE ORIGEM

DATA:

HORA:

ESTADO GERAL

☐ ACORDADO

☐ INTUBADO

☐ VENÓCLISE PERIFÉRICA

☐ DRENO PENROSE

☐ DRENO KHER

DO PACIENTE

☐ SEMI NARCOSE

☐ EXTUBADO

☐ VENÓCLISE CENTRAL

☐ DRENO LAMINAR

☐ DRENO TORÁXICO

☐ NARCOSE

☐ DRENO SUÇÃO

ENFERMEIRO COREN:

Pais Aguiar
COREN-PE: 58132 ENF.

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFF

HOF1079

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP 50920-640
Fone: 31828500

CHECAGEM DO TRANS-OPERATÓRIO
PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DO BLOCO CIRÚRGICO
RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009
BLOCO CIRÚRGICO GERAL ☒ BLOCO CIRÚRGICO TRAUMATOLOGIA ☐

DATA: 02/03/19

PACIENTE: Ubiratan da Silva Bundo DATA NASC.: 15/10/76 REGISTRO: 1076814 ATEND.: 208413
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM ☐ NÃO ☒ POSTO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____ ANESTESIA PROPOSTA: Rapida
DATA DA CIRURGIA: 02/03/19 HORÁRIO: ☐ M ☐ T

CONHECIMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ☒ SIM ☐ NÃO

CHECKLIST DE ADMISSÃO

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| • CHECAGEM MATERIAL CONSIGNADO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • CHECAGEM EQUIPAMENTO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • CONFIRMAR A RESERVA DE SANGUE | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • PRONTUÁRIO COMPLETO | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • EXAMES LABORATORIAIS CONFERIDOS | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • EXAMES DE IMAGEM | ☒ SIM | ☐ NÃO |
| • ACESSO VENOSO PÉRVIO | ☒ SIM | ☐ NÃO |
| • ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA | ☒ SIM | ☐ NÃO |
| • CONFIRMADO JEIUM ADEQUADO - QUANTAS HORAS: <u>25h</u> | ☐ SIM | ☐ NÃO |
| • CONFIRMADO AUSÊNCIA DE PROTESE/ROUPA ÍNTIMA/ADORNOS | ☒ SIM | ☐ NÃO |

Funcionário responsável pelo transporte do paciente ao Bloco Cirúrgico Enfermagem: _____ Maqueiro: _____
Funcionário responsável pelo recebimento do paciente e checagem das conformidades trans-operatória Enfermagem: _____

ANESTESIA REALIZADA: ☐ GERAL ☐ PERIDURAL ☐ RAQUI ☐ BLOQUEIO ☐ LOCAL ☐ SEDAÇÃO
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel HORÁRIO DE INÍCIO: _____ HORÁRIO DO TÉRMINO: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____ CIRURGIÃO: Dr. Daniel
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA: ☒ LIMPA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA

POSIÇÃO CIRÚRGICA ☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ LITOTOMIA ☐ PROCLIVE
☐ VENTRAL C/ FLEXÃO JOELHO ☐ LATERAL DIREITA ☐ LATERAL ESQ ☐ FOWLER
☐ TRENDELERBURG

PREPARO DA PELE DO PACIENTE
SOLUÇÃO ☐ CLOREX.AQU.0,2% ☐ CLOREX. ALC.5% ☒ CLOREX.DER.2% ☐ PVPI DEGERMANTE

ESCOVAÇÃO DA ÁREA ☐ NÃO ☒ SIM

PROTEÇÃO/AQUECIMENTO ☐ MANTA TÉRMICA ☒ COXIM 10x50

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP 50920 - 640
Fone: 31828500

HOF1079



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE UBIRATAN DA SILVA BARROS	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1076814	7- (CNES) 898050064036814	8- DATA DE NASCIMENTO 18/10/1976
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE ZILMA MARIA DA SILVA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 97044210 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA VINTE TRES DE ABRIL, N.º 60 - : BAIRRO: TORROES - CIDADE: RECIFE - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ENCAMINHADO DA UPA DA CAXANGÁ, COM FERIMENTO, DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM 5 PDD, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HÁ 06 HORAS.
NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX DE PÉ DIREITO: LUXAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA DE 5 PDD.

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL LUXACAO DO(S) ARTELHO(S) - S931	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 02/01/2019
29- CNES OU CNES 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES - CRM: Nº.18882		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 02/01/2019
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40- CNPJ EMPRESA	38- SÉRIE
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40- CNAE DA EMPRESA	41- C60R
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORGÃO EMISSOR			
46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



C.P.F : 024.099.994-09



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013816195397
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 452757053 ***** 2018

JADSON EVERTON DA S NUNES

JAB GUARARAPES-PE

106.393.444-37

NOC2041

NOC2041/RN

9C2ND0910CR002180

PAS MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/XRE 300

2011 2012

2P/291CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2010 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

JAB GUARARAPES-PE

11/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
10 ABR 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

COMPREV
COMPREV LÍDER E OBRIGADÃO SIA

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE Nº 014084384670

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 452757053 2018

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA

RECIFE-PE

051.995.984-19

PLACAR/UF

9C2ND0510CR002180

PLACA

NOC2041

MARCA/MODELO

HONDA/XRE 300

CATEGORIA

22/281CL

VENIC. COTA ÚNICA

22

PREMIO TARIÁRIO (R\$)

1

PREMIO TARIÁRIO (R\$)

1

SEM RESERVA

22/08/18

RECIFE-PE

22/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

22/08/18

PE Nº 014084384670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA

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

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

RECIFE-PE

051.995.984-19

RENOVAÇÃO

452757053

ANO FAV. DE INSC.

2011/09

MARCA/MODELO

HONDA/XRE 300

VENIC. COTA ÚNICA

22

PREMIO TARIÁRIO (R\$)

1

PREMIO TARIÁRIO (R\$)

1

SEM RESERVA

22/08/18

RECIFE-PE

22/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

22/08/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

FEV-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014084384670

67930508406

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Registro

VIA
1

CDV RENAVAM

452757053

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA
ESTRADA DO CURADO 05
JD SÃO PAULO CURADO
RECIFE-PE

50790-400

CPF/CNPJ

051.888.888-14

PLACA

NOC2041

NOME ANTERIOR

JADSON EVERTON DA S MUNEZ

PLACA ANT/UF

NOC2041/RN

CHASSI

9C2ND0910C802180

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/XRE 300

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP/POT/CIL

29/291CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

20184512

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

[Assinatura]

LOCAL

RECIFE-PE

DATA

22/05/1

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

COMPREV

COMPRESSÃO E ODEVIDÊNCIA S/A

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270837 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA DO 5º DEDO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123806/19

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

CPF: 024.099.994-09

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: UBIRATAN DA SILVA
BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

UBIRATAN DA SILVA BARROS : 024.099.994-09

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: 10/04/2019
Nome: UBIRATAN DA SILVA BARROS
CPF: 024.099.994-09

UBIRATAN DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA