
Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691528

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691528

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/09/2019, emitido pelo Dr. FÁBIO KAUFFMAN CRM nº 14368 - PE, da Instituição HOSPITAL MIGUEL ARRAES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012229

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02101687496 4 - Nome completo da vítima: Maurício Vitor de Carvalho

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

5 - Nome completo: Maurício Vitor de Carvalho 6 - CPF: 02101687496
7 - Profissão: Policial 8 - Endereço: Av. Camaf 9 - Número: 312 10 - Complemento:
11 - Bairro: Salgadinho 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53110-511
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8198527164

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0917 CONTA: 98520525

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Casado (na igreja) ☐ Separado (de fato) ☐ Separado (de direito) ☐ Viúva ☐ Para os filhos da vítima

75 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado:
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02101687496 4 - Nome completo da vítima: Maurício Vitor de Carvalho

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

5 - Nome completo: Maurício Vitor de Carvalho 6 - CPF: 02101687496
7 - Profissão: Policial 8 - Endereço: Av. Canal 9 - Número: 312 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Solgadinho 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53110511
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): 8198527164

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0917 CONTA: 9856205250 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nã nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 09/12/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34



ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:34

565726
0444806119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP 24ª CIRC
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114008332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 01** - Bairro: **SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CENTRO DE CONVENÇÕES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
MAURICIO VITOR DE CARVALHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

MAURICIO VITOR DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO Pai: **VALDEMIRO VITOR DE CARVALHO** Data de Nascimento: **24/5/1979** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5104169/SSP/PE (RG). 02101687496 (CPF)** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 81985271641**

Endereço Residencial: **AVENIDA CANAL, 312, CASA - CEP: 53110511 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (não presente)
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (não presente)
Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150FAN ESI, ANO 2012/2013, COR PRETA, PLACA PEK9987.

(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAURICIO VITOR DE CARVALHO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEK9987** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **494395320**

Ano/Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150FAN ESI, ANO 2012/2013, COR PRETA, PLACA PEK9987.**

VEICULO SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr

(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)**, que estava em posse do(a) Sr

(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Descrição: **VEICULO SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA**

Observação

Conforme relato do Sr. DE, O SENHOR MAURICIO VITOR DE CARVALHO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA SALLADINHO, OLINDA/PE, COM A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2012/2013, COR PRETA, PLACA PEK9987, QUANDO DE REPENTE SE ATRAVESSOU NA FRENTE UM CICLOMOTOR SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA, FAZENDO COM QUE O QUEIXOSO COLIDISSE NA MESMA, VINDO A CAIR AO CHÃO, SOFRENDO FRATURA NO PÁ DO OMBRO DIREITO, E O DEDO POLEGAR ESQUERDO, BEM COMO OUTRAS ESCORIAÇÕES. SLRGS O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1520903, PACIENTE: 198478. ALEGA O QUEIXOSO QUE DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O MIGUEL ARRAES, REGISTRO 129301, ONDE FOI ATENDIDO DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES.

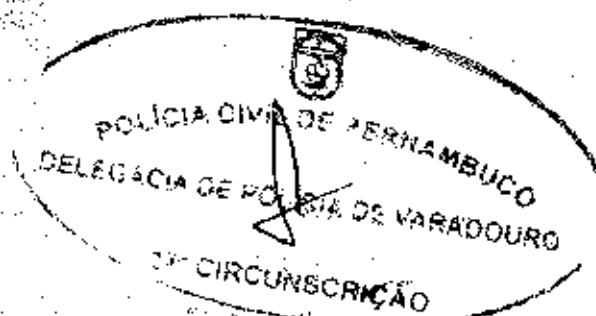
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Mauricio Vitor de Carvalho

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

(VITIMA)

Julio Cesar Machado
JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5





565726

0444806119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24/CIRC
DIM/7º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114008332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 01** - Bairro: **SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CENTRO DE CONVENÇÕES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
MAURICIO VITOR DE CARVALHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

MAURICIO VITOR DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO Pai: VALDEMIRO VITOR DE CARVALHO Data de Nascimento: 24/5/1979 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5104169/SSP/PE (RG) 02101687496 (CPF) Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 81985271641

Endereço Residencial: **AVENIDA CANAL, 312, CASA - CEP: 53110511 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150FAN ESI, ANO 2012/2013 , COR PRETA, PLACA PEK9987.

(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAURICIO VITOR DE CARVALHO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEK9987** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **494395320**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150FAN ESI, ANO 2012/2013 , COR PRETA, PLACA PEK9987.**

VEICULO SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr

(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)**, que estava em posse do(a) Sr

(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA)**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Descrição: **VEICULO SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA**

Complemento: **Observação**

COMPARECEU A ESTA DP, O SENHOR MAURICIO VITOR DE CARVALHO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, SALGADINHO, OLINDA/PE, COM A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2012/2013 , COR PRETA, PLACA PEK9987, QUANDO DE REPENTE SE ATRAVESSOU NA FRENTE UM CICLOMOTOR SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA, FAZENDO COM QUE O QUEIXOSO COLIDISSE NA MESMA, VINDO A CAIR AO CHÃO, SOFRENDO FRATURA NO PÁ DO OMBRO DIREITO, E O DEDO POLEGAR ESQUERDO, BEM COMO OUTRAS ESCORIAÇÕES. SLRGS O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1520903, PACIENTE: 198478. ALEGA O QUEIXOSO QUE DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O MIGUEL ARRAES, REGISTRO 129301, ONDE FOI ATENDIDO DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

Mauricio Vitor de Carvalho

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

(VITIMA)

B.O. registrado por **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02101687496 4 - Nome completo da vítima: Maurício Vitor de Carvalho

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

5 - Nome completo: Maurício Vitor de Carvalho 6 - CPF: 02101687496
7 - Profissão: Petreiros 8 - Endereço: Av. Camaf 9 - Número: 312 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Salgadinho 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53110-511
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81198527164

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0917 CONTA: 985620525
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Casado (na religião) ☐ Separado (de fato) ☐ Separado (de direito) ☐ Viúva
24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ascendente (pai/mãe)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado:
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maurício Vitor de Carvalho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02101687496 4 - Nome completo da vítima: Maurício Vitor de Carvalho

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

5 - Nome completo: Maurício Vitor de Carvalho 6 - CPF: 02101687496
7 - Profissão: Policial 8 - Endereço: Av. Canal 9 - Número: 312 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Solgadinho 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53110511
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): 8198522164

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0917 CONTA: 9856205250 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Senha da Classificação: XXXXXXXXXX

Atendimento: 1520903

Data e Hora: 10/09/2019 21:43

Paciente: 198478 MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 24/05/1979 Idade: 40 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: SALGADINHO

Endereço: CANAL

312

Usuário Atendimento: WARRLASS

Cidade/UF: OLINDA

PE Cep: 53110511

Data de Emissão:

Fone: 85140079

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 2204

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

DR ORTO (D) + 18 DE
180 - 180

Exame Físico

DR ORTO (D) + 18 DE
Suas mãos 180 - 180
(0301060700)

Hipótese Diagnóstico

DR ORTO (D) + 18 DE
C. DR ORTO

Indicação Terapêutica

DR ORTO

Prescrição Médica

DR ORTO (D) + 18 DE
DR ORTO (D) + 18 DE
DR ORTO (D) + 18 DE

LEONARDO OLIVEIRA MENDONÇA
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
IDT: 076246323-9 MN

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Transferido:

Para:

AMO 5768519

Senha:

Carimbo/Médico

LEONARDO OLIVEIRA MENDONÇA
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
IDT: 076246323-9 MN

2247



1520903

procuradoria-geral para o cadastro.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AV PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 1530
OLINDA - PE
53030-905



MAURICIO VITOR CARVALHO
AV CANAL 312
OLINDA - PE

53110-511

BE703151468BR



NSA=1371 OP=1968402 OCR.M958P01.D190930.THO1

343

CAIXA

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46



ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Dr.ª Maria de Lourdes C. de Araújo
CRM:PE/3367



|||||CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-730



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

VENCIMENTO
25/05/2019

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:06:46

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tit Flavio de Almeida Pires Gomes

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mauricio Vitor de Carvalho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021016874, 96,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Mauricio Vitor de Carvalho,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021016874, 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Emílio de Moraes</u>	Número: <u>109</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041730</u>	Tel.(DDD): <u>(81)999268546</u>

Local e Data: Recife, 17/12/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:37

Nome Paciente: MAURICIO VITOR DE CARVALHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0426
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/09/2019 21:39 - 10/09/2019 21:42

MARIELY DO REGO BARROS DE ANDRADE - COREN: 100 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DESLOCAMENTO DE OMBRO D E EM POLEGAR ESQ APÓS QUEDA DE MOTO AGORA A NOITE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

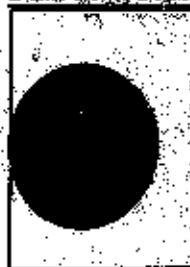
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIELY DO REGO BARROS DE ANDRADE - COREN: 100 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:42

Data e hora retirada da senha: 11/09/2019 06:21



Nome Paciente: MAURICIO VITOR DE CARVALHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/05/1979
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos
Senha: 0007
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/09/2019 06:32 - 11/09/2019 06:38

CLEDIRSON JOSÉ DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5768519. CONSC. ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO, NEGA VÔMITOS E DESMAIOS, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MSE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 80.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sint () Não (X)

Local

Cledilson da Hora

COREN: 376.167 - ENF
Enfermeiro19/09/19
Folha 01

Acolhido(a) por: CLEDIRSON JOSÉ DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/09/2019 06:38

494603

Senha de Classificação:

11/09/2019 08:43

Paciente: 129301 MAURICIO VITOR DE CARVALHO Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 24/05/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO Nome do Pai: VALDEMIRO VITOR DE CARVALHO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: AVENIDA CANAL 312 Bairro: SALGADINHO
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

paciente encaminhado da UPA de Olinda, com relato de colisão moto x moto há 10h, apresentando dor e limitação funcional em ombro (ombro dominante) e dor e edema em 1º DDE. Negar comprometimento de outras partes.

Exame Físico

EGR, WDE, expulso e efêrtil. MS D com dor à mobilização de ombro D, mas deformidades visíveis. MSE: edema em 1º DDE.

Hipótese Diagnóstico

Dor em ombro D a esclarecer.

Prescrição Médica

- 1) Solicito RX p/ avaliação
 - 2) Doripirina 1g + AD, IV, 8/8h
 - 3) Tramadol 50mg - O 2amp + 250ml SFO, 9h, IV (LENTO), 8/8h
 - 4) Metoclopramida 10mg + AD, IV, 8/8h
 - 5) Paracetamol + Codeína (500/30mg), VO, 8/8h. ~~NOXIO~~
- 10:09 - Visto RX e não foi identificada fratura de corpo da escápula, sendo indicado tratamento conservador para tal.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-BA 33039

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

MT

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domílicio () Local de Trabalho ()

SENHA

5768519

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente

Murilo Vitor de Sousa

Idade:

40

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

Olinda

Imbuí

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semifogamento/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:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Dois dias atrás D. de 40 anos

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de fêmur D. I.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: FC: PA: X:
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Turgor 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 Palcomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenta () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rápido () Arritmico () Enfiado () Fino ()
Colocação da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 494803 Prontuário: 129301 SAME: 115963 Hora Atend: 08:43 Data Atend: 11/09/2019
Paciente..... : MAURICIO VITOR DE CARVALHO Idade: 40 a
Endereço..... : AVENIDA CANAL
Bairro..... : SALGADINHO
Cidade..... : OLINDA UF: PE CEP: 53110511
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 11/09/2019 Hora Saída : 12:52

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos Vinícius

Clinica: _____ Enfermería: _____ Leito: _____

Data/Hora

25/3/17 02 50 mins W
Tmr. term W
front is (50) R.
The cross on
Quint arm W
North
A-S Pan W
Cott R
Baker
On 11

~~Philip Kauffman~~
~~Ortopedista~~
~~C.R.M. 14.368~~









Atendimento: 1520903
Data e Hora: 10/09/2019 21:43

Senha da Classificação: XXXXXXXXXX

Paciente: 198478 MAURICIO VITOR DE CARVALHO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 24/05/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CANAL 312 Bairro: SALGADINHO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53110511 Usuário Atendimento: WARRLASS
RG (Identidade):
CPF (Cadastro de Pessoa Física):
CRN(Certidão de Registro de Nasc):
Data de Emissão:
Fone: 85140079
Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:
Altura:
Temperatura:
Hora: 2204

Queixa Principal

DR Ous316(D) + 18 DC
No + 3 Vb16

Exame Físico

DR Ous316(D) + 18 DC
Suas fias 122me hite pulso de 16.
(0301060700)

Hipótese Diagnóstico

Exaduo Colho es eshu(D)
C. 28 u

Induta Terapeutica

Ex + 18 DC

Prescrição Médica

Exe dr huli
Exe dr huli
Exe dr huli

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEDE - 8208
IDT: 076288323-9 M7

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
Transferido:
Para: AMO 5768519 Senha:
Carimbo/Médico

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEDE - 8208
IDT: 076288323-9 M7



1520903

2247

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:37

Nome Paciente: MAURICIO VITOR DE CARVALHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0426
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/09/2019 21:39 - 10/09/2019 21:42

MARIELY DO REGO BARROS DE ANDRADE - COREN: 100 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DESLOCAMENTO DE OMBRO D E EM POLEGAR ESQ APOS QUEDA DE MOTO AGORA A NOITE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIELY DO REGO BARROS DE ANDRADE - COREN: 100 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:42

Data e hora retirada da senha: 11/09/2019 06:21



Nome Paciente: MAURICIO VITOR DE CARVALHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/05/1979
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos
Senha: 0007
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/09/2019 06:32 - 11/09/2019 06:38

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5768519, CONSC. ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MSE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 80.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Cledilson da Hora

COREN: 376.167 - ENF

Enfermeiro

ATURADO

19/09/19

Felipe Marques

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/09/2019 06:38

494603

Senha da Classificação:

11/09/2019 06:43

Paciente: 129301 MAURICIO VITOR DE CARVALHO Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 24/05/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: SEVERINA AMARA DA SILVA RIBEIRO Nome do Pai: VALDEMIRO VITOR DE CARVALHO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: AVENIDA CANAL 312 Bairro: SALGADINHO
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, com relato de colisão moto x moto há 10h, apresentando dor + limitação funcional em ombro D (membro dominante) e dor e edema em 1ª DDE. Negia comorbidades ou drogas.

Exame Físico

EGR, LOTE, eufórico e afável. MS D com dor à mobilização de ombro D, sem deformidades visíveis, MSE: edema em 1ª DDE.

Hipótese Diagnóstico

Dor em ombro D a insular.

Prescrição Médica

1) Solicito RX p/ sua avaliação
 2) Dipirone 1g + AD, IV, 6/6h
 3) Tramadol 50mg - 0,2amp + 250ml SFO, 97%, IV (LENTO), 8/8h
 4) Metoclopramida 10mg + AD, IV, 8/8h
 5) Paracetamol + Codeína (500/30mg), VO, 8/8h. NOX
 10:09 - Visto RX e não foi mg, drgo, e identificada fratura de corpo da escápula, sendo indicado tratamento conservador para tal.
 CD: Alta hospitalar para seguimento ambulatorial.
 após medicações

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27688 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27688 CRM-BA 33039

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

MTa

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA

S768519

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente:

Insuficiente para a cirurgia

Idade:

40

Sexo: M () F (X) Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

Olinda

São Paulo

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de 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: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Doença crônica de 12 anos

Hipótese Diagnóstica:

Doença crônica de 12 anos

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 () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 494603 Prontuário: 129301 SAME: 115963 Hora Atend: 06:43 Data Atend: 11/09/2019
Paciente..... : MAURICIO VITOR DE CARVALHO Idade: 40 a
Endereço..... : AVENIDA CANAL
Bairro..... : SALGADINHO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53110511
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 11/09/2019 Hora Saída : 12:52

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome: Marcos Vinícius Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
25/09/17	02 exames w Trat. com w grat w (50% R. Trat com em Quil com w Trat. Am & Trat w Costo w Exat Out

PHOTOGRAPH
 SIGNATURE
 PRINTED NAME
 DATE OF BIRTH
 SEX
 RACE
 HEIGHT
 WEIGHT
 EYES
 HAIR
 COMPLEXION
 BLOOD TYPE
 FINGERPRINTS
 SOCIAL SECURITY NUMBER
 ADDRESS
 CITY
 STATE
 ZIP CODE
 DATE OF ISSUE
 DATE OF EXPIRATION
 AUTHORITY
 OFFICIAL
 OFFICE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE HABITABILIDADE

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

DOC. CONTRATE-EMPREGADOR
5104169 SSP PR

DATA DO CONTRATO
02/06/2019

VALDEMIR VITOR DE
CARVALHO
REVERINA AMARA DA
SILVA RIBEIRO

DATA DO CONTRATO
11/10/2019

DATA DO CONTRATO
19/09/2001

MAC Emergência
Exercido Atividade Remunerada

Assinatura do titular do contrato

QUINDA PR

DATA DO CONTRATO
05/10/2019

ASSINATURA DO TITULAR DO CONTRATO

ASSINATURA DO TITULAR DO CONTRATO

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:12

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
11:01:12

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:12

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:12

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:12

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:12



0444806/19
luna.0007
20 11:07:05

ASL-0444-006/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:07:05

0444806/19
Juliana.luna.0007
09/01/2020 11:07:05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014800797655
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 494395320 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME MAURICIO VITOR DE CARVALHO

OLINDA-PE

CPF/CNPJ 021.016.974-96 PLACA PER9987

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 3C2K1670GR409315

ESPECIE/TIPO FAS / MOTOR / OLINDA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IEVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1º *****

FAIXA LRV 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.50 DATA DE PAGAMENTO 22/01/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

OLINDA 19/02/19

ROBERTO CARLOS MOREIRA FORTALEZA

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014800797655 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MAURICIO VITOR DE CARVALHO

AVENIDA CANAL 312 53110-51

CS BALADINHO OLINDA-PE

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 19/02/19

VIA 1 CPF/CNPJ 021.016.974-96 PLACA PER9987

RENAVAM 494395320 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 VALOR 05 Nº CHASSI 3C2K1670GR409315

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1.15 IOF (R\$) 0.52 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

TOTAL SEM PRÊMIO DO SEGURO (R\$) 84.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 22/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04

DETRAN - PE

ALM NAVE E DE PORTE OBRIGATORIO



ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:22

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:22

ASL-0444806/19
juliana.luna.0007
09/01/2020 11:01:22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190691528 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

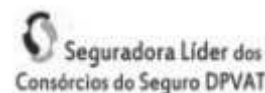
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444806/19

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF: 021.016.874-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20

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

MAURICIO VITOR DE CARVALHO : 021.016.874-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA
CPF: 633.376.654-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011049/20

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF: 021.016.874-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

MAURICIO VITOR DE CARVALHO : 021.016.874-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Maurício Vitor de Carvalho
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 5.104.169 SSP,
CPF/MF sob nº 021.016.874-96, residente e domiciliado à rua
Av. Cernaf, nº 312,
Bairro: Salgadinho, Cidade: Olimpia,
Estado: PE, CEP: 53110-511, Telefone: 985271691.

OUTORGADO: TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro,
inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à rua
Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de
Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos,
receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso
ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder
DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se
faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem
como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do
Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

28 de Outubro de 2019.



Maurício Vitor de Carvalho
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

CARLOS MARINHO
Téc. de Segurança da Informação

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo Olimpia PE
CEP: 53010-400 - Fone: 91 3081.7500 - Fax: 91 3011.7802
carlosmarinho@carlosmarinho.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de MAURICIO VITOR DE CARVALHO em 28/10/2019

12:18:41; dou fe Em test. da verdade.

Escrevente: FLAVIA REBEKA FARIAS SILVA REGUEIRA VERÇOZA, EMO.

3,36, TSNR: 0,00, FERC: 0,40, FERM: 0,04, FUNEG: 0,08 TOTAL 4,88.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Maurício Vitor de Carvalho
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 5.104.169 SSP,
CPF/MF sob nº 021.016.874-96, residente e domiciliado à rua
Av. Comal, nº 312,

Bairro: Salgadinho, Cidade: Olinda,
Estado: PE, CEP: 53350-511, Telefone: 985271641.

OUTORGADO: TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro,
inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à rua
Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de
Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos,
receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso
ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder
DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se
faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem
como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do
Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

_____, 28 de Outubro de 2019.



Maurício Vitor de Carvalho
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo-Olinda PE
CEP: 53010-100 - Fone: 61 3011.7800 - Fax: 61 3011.7802
atendimento@cartorio-carlosmarinho.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de MAURICIO VITOR DE CARVALHO em 28/10/2019 às

12:18:41; dou fé. Em test. da verdade.

Escrevente: FLAVIA REBEKA FARIAS SILVA REGUEIRA VERÇOZA. EMOL

3,59, TSNR: 0,80, FERC: 0,40, FERM 0,04, FUNSEG 0,08 TOTAL 4,91.

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

Selo 0073452 OKW10201903 02980



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444806/19

Número do Sinistro: 3190691528

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF: 021.016.874-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019

Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011049/20

Vítima: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF: 021.016.874-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

MAURICIO VITOR DE CARVALHO : 021.016.874-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA