



Número: **0008744-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **09/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURICIO VITOR DE CARVALHO (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72209707	08/12/2020 15:03	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15221937





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01365/01366 - carta_31 - INVALIDEZ

00040683



Carta nº 15305392





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

Rio de Janeiro, 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 seqüela 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

Pag. 00035/00036 - carta_04 - INVALIDEZ

00070018



Carta nº 15367173



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: Mauricio 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: Mauricio Vitor de Carvalho
 6 - CPF: 02101687496
 7 - Profissão: Recebeiro
 8 - Endereço: R. Canal
 9 - Número: 312
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Salgadinho
 12 - Cidade: Olinda
 13 - Estado: PE
 14 - CEP: 53110511
 15 - E-mail:
 16 - Tel. (DDD): 81985221640

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 - BANCO 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: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 24 - Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não
 25 - Se a vítima deixou pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não
 26 - Se a vítima deixou irmãos: ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 rgo):
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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): Mauricio Vitor de Carvalho

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 - Telefone: 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, e fornecer 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, o montante total do valor da indenização/indenização do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetuação 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 9.947/74). 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 com a apresentação do laudo do IML, reconhecendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ou a partir da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ausência de trânsito suscitado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.394/74.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância a com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, sendo do conhecimento da Seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ 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 eu não a indenização do Seguro DPVAT por morte, a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme a Lei nº 9.947/74, a qual, de qualquer forma, não poderá gerar a obrigação do ressarcimento da indenização por morte da vítima.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a roça):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a roça):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a roça):

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

40 - Local e Data:

Recife, 09/12/2019
Maurício Vitor de Carvalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



565726
0444806119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DEPARTAMENTO
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) (CONDIÇÃO AGENTE)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (CONDIÇÃO AGENTE)
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** Nacionalidade:
OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **5104168/83P/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)
Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (não presente ao plantão)
Sexo: Masculino Nacionalidade: **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: **484395320**

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: **CICLOMOTOR SHINERAY (CINQUENTINHA), PLACA NAO ANOTADA**

Observação

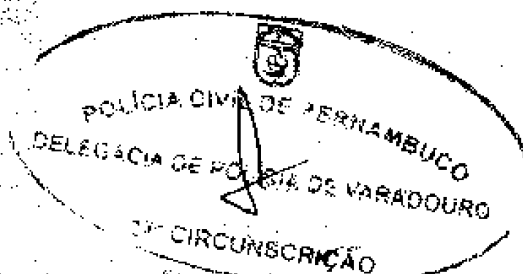
OLINDA/PE, O SENHOR MAURICIO VITOR DE CARVALHO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA SALLADINHO, OLINDA/PE, COM A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2012/2013, COR PRETA, PLACA PEK9987, QUANDO DE REPENTE SE ATRAVESSOU NA FRÊNTE 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.

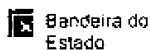
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Mauricio Vitor de Carvalho
MAURICIO VITOR DE CARVALHO

(VITIMA)

Cesar Machado
CEZAR 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 - DELEGACIA DE POLICIA
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114008332Ocorrência 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) (CONDUTOR / AGENTE)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA SHINERAY (CINQUENTINHA) (OUTRA)
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/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

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

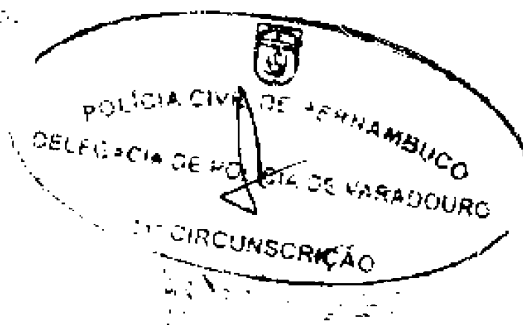
Observação

O SENHOR MAURICIO VITOR DE CARVALHO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 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 1520803, PACIENTE: 188478. 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)

Cesar Machado
CEZAR MACHADO - MAT. 208.483-5



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: Recebeiro 8 - Endereço: R. Canal 9 - Número: 312 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Salgadinho 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53110-511
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 985221640

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 - BANCO 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: 985205250

☐ 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 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 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 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 24 - Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou pais/avós vivos: ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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, a nã, 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 - Imprensa digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

ira do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 - Telefone: 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, e fornecer 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, o montante total devido, o valor da indenização/previdência do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetuação 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 6.947/74). 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 com a apresentação do laudo do IML, reconhecendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, realizada pela Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ausência de trânsito suscitado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.394/74.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância a com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar e avaliação médica, sendo do conhecimento da Seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ 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 eu não a indenização do Seguro DPVAT por morte, a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme Lei nº 6.947/74, a meu, de cuja condição eu não sou responsável, e a obrigação de ressarcir o valor recebido pelo beneficiário responsável, conforme o disposto no Art. 194 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a roça)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a roça)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a roça)

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

40 - Local e Data:

Recife, 09/12/2019
Maurício Vitor de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Senha de Classificação:

Paciente: 188478 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): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 85140079
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 2204

Queixa Principal: Dor no ombro direito + 15 DC
Do 1º ao 15º

Exame Físico

2º e 3º D + Cauda Equina entre 2º e 3º
Sua sonda 22 cm ligeiramente 21 kg.
(0301060700)

Hipótese Diagnóstica

Problema Coluna esossus (1)
C. 2º e 3º

Conduta Terapêutica

Ex. físico

Prescrição Médica

1º e 2º D
2º e 3º D - 1º e 2º D
2º e 3º D - 1º e 2º D

LEONARDO Vitor Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CRM: 1234567
IDT: 020815033322000000070791692

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência
Transferido: AMO 5768519
Para: _____

Senha:

Carimbo/Médico

LEONARDO Vitor Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CRM: 1234567
IDT: 020815033322000000070791692



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AV PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 1536
OLINDA - PE
53030-905

MAURICIO VITOR CARVALHO
AV CANAL 312
OLINDA - PE

53110-511

BE703151468BR



NSA-1371 OP-108402 OCR M258R01.01908R1 TH01

343

CAIXA





ANS - nº 34.488-5

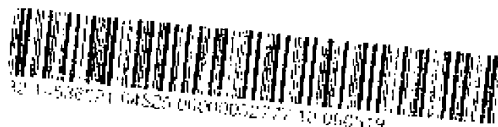
Diretoria Técnica Médica
R. Vitorino Guimarães II, 400 - Casa
Cidade de Deus



VENCIMENTO
25/05/2019



RAFAEL MENHQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910070710004
R. PRUDENTE DE MORAIS 400 CASA
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-730



4214538071 04520 00000002777 10 060519





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: 0800-1596 / 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/81810TECAWEB/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, sob determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tit Flavio de Almeida Pires Sales
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maurício Vitor de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 021016674, 96
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Maurício Vitor de Carvalho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 021016674, 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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: Rua Emílio de Moraes Número: 6109 Complemento: _____
Bairro: Hipódromo Cidade: Rocha Estado: PE CEP: 52041-730
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 99926854

Local e Data:

Recife, 17/12/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Atendimento: 1520903

Senha de Classificação:

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:

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):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85140079

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 2204

Altura: Temperatura:

Queixa Principal

DR ORTO (D) + 18 DE
130 - 1 1810

Exame Físico

2203h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h
Sua hora 13h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h
(0301060700)

Hipótese Diagnóstico

Problema Colto es (D)
C 2840

Medicamento

130 - 1 1810

Prescrição Médica

130 - 1 1810
130 - 1 1810
130 - 1 1810

LEONARDO DE OLIVEIRA MEDICINA
CRM: 1234567
ID: 02058833-9 M7

Destino

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Transferido:

Para:

130 - 1 1810

Senha:

Carimbo/Médico

LEONARDO DE OLIVEIRA MEDICINA
CRM: 1234567
ID: 02058833-9 M7



1520903



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

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL SA JP. NORTE MIG - ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 11/09/2019 06:33

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

Prioridade:

Cor: VERDE

Queixa Principal: PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5769519, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE COLUÇÃO 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

Enfermeiro

19/09/19
Per. de Atendimento

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

Data Impressão: 11/09/2019 06:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



494603

Senha da Classificação:

11/09/2019 08:43

Paciente: 129301 MAURICIO VITOR DE CARVALHO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 24/05/1978 Idade: 40 anos

Convênio: 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 cefaleia moto < moto há 10h, apresentando dor + limitação funcional em ombro (membro dominante) e dor e edema em 1º DDC. Negx comorbidades ou drogas.

Exame Físico

ECR, LORR, expulso e efêr. MS D com dor à mobilização do membro D, não deformidade aparente, MS E edema em 1º DDC.

Hipótese Diagnóstico

Dor em ombro D a melancar.

Prescrição Médica

1) Solicito RX O/ma cefaleia

2) Dipirona 1g + AD, IV, 8/8h

3) Tramadol 50mg - O/amp + 250ml SRO, 9h, IV (LENTO), 8/8h

4) Metoclopramida 10mg + AD, IV, 8/8h

5) Paracetamol + Adicela (500/30mg), VO, 8/8h. NOXO

10:09 - Visto RX e não foi identificada fratura de corpo da escápula, sendo iniciado o tratamento conservador para tal.

CD = Alta hospitalar para seguimento ambulatorial.

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-BA 33039

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()	SENHA <u>S768S</u> 19
Em caso de violência: acidente: Via Pública (x) Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Murilo de Sousa</u>	Idade: <u>40</u>
Sexo: M (x) F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: <u>SALES</u>
Cidade: <u>OLINDA</u>	<u>PE</u>
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 ()	
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacetes: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumagem/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo () () Arma Branca ()	
Agressão Sexual: () Mãos Bravas () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Dor no peito D. D. S. 1/10</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Infarto agudo do miocárdio</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ PA: _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Turgor Intercostais: S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () LBN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação/Palcomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normotônicas () Hipotônicas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Efêmero () 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 Crianças 80-110 Adulto 60-100	



DIAGNOSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 494603 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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENÇAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maurício Viana Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
25/04/17	De 5h30min a 7h30min Targ. Larva a 7h30min Fome a 8h30min - R. Fome a 9h30min Cama a 10h30min Morte a 11h30min Fome a 12h30min Cama a 13h30min Fome a 14h30min Cama a 15h30min Fome a 16h30min Cama a 17h30min Fome a 18h30min Cama a 19h30min Fome a 20h30min Cama a 21h30min Fome a 22h30min Cama a 23h30min Fome a 0h30min Cama a 1h30min Fome a 2h30min Cama a 3h30min Fome a 4h30min Cama a 5h30min

Fábio Kauffman
Ortopedista
R. 14.368





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/12/2020 15:03:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120815033322000000070791692>
Número do documento: 20120815033322000000070791692

Num. 72209707 - Pág. 25



Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/12/2020 15:03:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120815033322000000070791692>
Número do documento: 20120815033322000000070791692

Num. 72209707 - Pág. 28

Atendimento: 1520903

Senha de Classificação:

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

Paciente: 196478 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

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53110511

Bairro: SALGADINHO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85140079

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pressão: _____ Altim.: _____ Temperatura: _____

Hora: 2204

Queixa Principal

DR ORTOPEDISTA (D) + 18 DE
130 - 1 Voto

Exame Físico

2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala
Suas mãos / 2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala
(0307060700)

Hipótese Diagnóstica

2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala
2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala

Conduta Terapêutica

2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala

Prescrição Médica

2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala
2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala
2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala

LEONARDO OLIVEIRA MEDICINA
CRM-MG 123456789
IDF-070606060606

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório:

Residência

Transferido:

2204h DR ORTOPEDISTA (D) em sala

Senha:

Para:

Carimbo/Médico

LEONARDO OLIVEIRA MEDICINA
CRM-MG 123456789
IDF-070606060606



1520903



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

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: 0428
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

Página 1 de 1

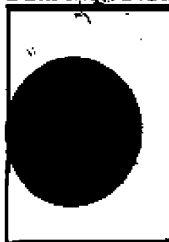
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL J. P. NORTE MIGUEL - ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Histórico PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE DMR

Data e hora retirada da senha: 11/09/2019 06:31


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 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

Sim () Não (X)

Local:
Cledilson da Hora
COREN 376167 - ENF
Enfermeiro

SATURADO
19/09/19
Fórmula de cálculo

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

Data Impressão: 11/09/2019 06:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



494603

11/09/2019 06:43

Senha da Classificação:

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 D (membro dominante) e dor e edema em 1ª DDE. Nega comorbidades ou cirurgias.

Exame Físico

ECG, LOTE, suplexico e apnéico. MS D com dor à mobilização de ombro D, sem deformidades visíveis, MSE: edema em 1ª DDE.

Hipótese Diagnóstico

Dor em ombro D a esclarecer.

Prescrição Médica

1) Solicito RX p/ sua avaliação
 2) Dipirona 1g + AD, IV, 6/6h
 3) Tramadol 50mg - 0,2amp + 250ml SFO, 97%, IV (LENTO), 8/8h
 4) Metaclopramida 10mg + AD, IV, 8/8h
 5) Paracetamol + Adifina (500/30mg), VO, 8/8h. *NOVO*
 10:09 - Visto RX e não foi mais dróg., e identificada fratura crível da coroa da escápula, sendo indicada tratamento conservador para tal.

CO2 Alta hospitalar para seguimento ambulatorial.
 após medicações

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico

CRM-PE 27088 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27088 CRM-BA 33039

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Domicílio () Local de Trabalho ()		SENHA S768519
IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: <u>Insucrio Vitor de Sousa</u> Idade: <u>40</u> Sexo: M (X) F () Profissão: _____ Fone: _____ Endereço Residencial: _____ Bairro: <u>SOLTES</u> Cidade: <u>OLINDA</u>		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Usou de cinto S () N () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Usou 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 () Por 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: <u>Ad. aus. R. S. D. D. S. + 1/2 de</u> Hipótese Diagnóstica: <u>Febre Esôfaga D. d</u>		
AVALIAÇÃO CLÍNICA Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Imagem 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: Boas () Lentificada () Batidas 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



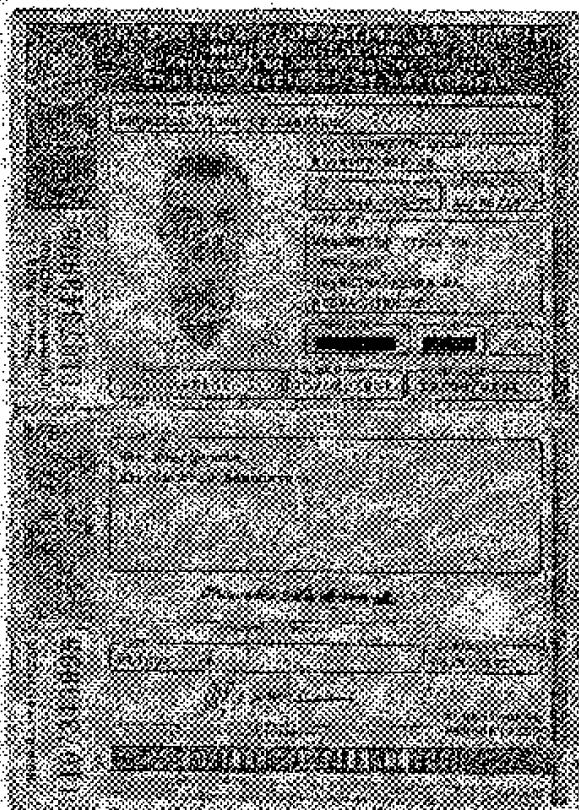
DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

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

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

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

V.A. 000 RLV-455 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 494395320 2019

NOME
MAURICIO VITOR DE CARVALHO

OLINDA - PE

CIT / CNPJ PLACA
021 016 B74-96 RBK 0987

PLACA ANTIGA CHASSI
***** PE 2007K216000K409415

ESPECÍFICO DE VEÍCULO COMBUSTÍVEL
FAB. 2012/2013

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN BLA

ANO FAB. ANO MOD.
2012 2013

CAP. POT. / cil. CATEGORIA
2P/149CL PARTIC

COP. PREDOMINANTE
PRETA

DATA ÚNICA VENC. GO. A ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1 *****

FAIXA LERVA PARCELAMENTO COTAS
1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) INF. (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.00 80.11 22/01/19

SEM RESERVA

OLINDA 19/02/19

Roberto Carlos Moreira Figueiredo
Diretor de Tráfego e Registro

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 112

Q5 BAIA DO IPHO 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 DATA EMISSÃO
2019 2019/01

PLACA
021 016 B74-96

RENAVAM
201905392

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN BLA

ANO FAB. ANO MOD.
2012 2013

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) - DETRAN (R\$) COTAS DO SEGURO (R\$)
80.11 8.11 88.22

CUSTO DO BILHETE (R\$) - AGF (R\$) COTAS DO SEGURO (R\$)
4.18 0.52 4.70

PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO
X COTA ÚNICA PARCELADO 22/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

Roberto Carlos Moreira Figueiredo
Diretor de Tráfego e Registro



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.

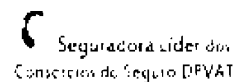
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

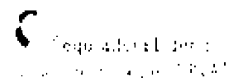
Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019
Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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 do Carmo Alves
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. Camal, nº 312,
Bairro: Salgadinho, Cidade: Olimpia,
Estado: RE, CEP: 53110-511, 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.

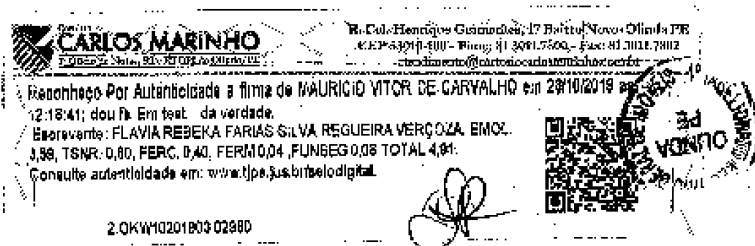
28 de OUTUBRO de 2019.



Maurício Vitor do Carmo Alves

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



2.0KW1020190302880

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: Salgado Filho, Cidade: Olinda,
Estado: PE, CEP: 53320-511, 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: 53.912-100 - Fone: 01.5011.7490 - Fax: 01.5011.7461
atendimento@carlosmarinho.com.br

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

2 10.41, dou fe. Em test. da verdade.

Escrevente: FLAVIA REBEKA FARAS SILVA REQUEIRA VERÇOZA EMOL

3,58; TSNR 0,00; FERC. CAO. FERM 0,04; FUNSEGO 0,08 TOTAL 4,01

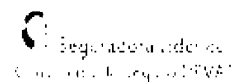
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validadigital.



2 OKW10291903 02900



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 SEGUADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

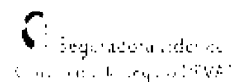
Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO VITOR DE CARVALHO

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

