
Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219037

Vítima: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

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, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219037

Vítima: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 135.821.144-22 4 - Nome completo da vítima: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA 6 - CPF: 135.821.144-22
7 - Profissão: FUN. PÚBLICA FEDERAL 8 - Endereço: RUA ENGÊNHO JUSSARA 9 - Número: 12-A 10 - Complemento:
11 - Bairro: ENGÊNHO JUSSARA 12 - Cidade: MOPENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECLUSO 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: 0836 CONTA: 13669 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 (velhos)? ☐ 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, Vitoria - PE, 20/04/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

COBERTURA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0154000627**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2020** às **17:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/2/2020** às **13:30**

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 1** - Bairro: **ENGENHO VELHO** -

JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ ANASTÁCIO** Pai:

LUIS CARLOS ALVES DE SOUZA Data de Nascimento: **24/12/2000** Naturalidade: **TEOFILO OTONI / MINAS GERAIS /**

BRASIL Documentos: **10579001/SDS/PE (RG), 13582114422 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**

COMPLETO Profissão: **MILITAR**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MORENO, 195, RUA LUIS RAIMUNDO DE SOUZA, 195, MORENO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGA3745** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **9C2KD0540DR125913**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

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

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Complemento / Observação

RRELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA LOCALIDADE JÁ DESCRITA, QUANDO ESTAVA INDO PARA SUA RESIDÊNCIA APÓS TER SAÍDO DO BATALHÃO ONDE TRABALHA, POR OCASIÃO DO ACIONAMENTO DO PLANO DE CHAMADA, QUANDO UM VEÍCULO INESPERADAMENTE SAIU DE UMA RUA DO SEU LADO DIREITO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA ONDE A VÍTIMA ESTAVA. COM O IMPÁCTO A VÍTIMA FOI ARREMESSADA :E CHOCOU-SE COM O PARA-BRISA DO VEÍCULO VINDO A CAIR AO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE(HMAR), ONDE FOI ATENDIDA , MEDICADA E FOI DIGANÓSTICADO UMA FRATURA EXPOSTA EM SEU FEMUR ESQUERDO. OBS: A VÍTIMA RELATA QUE O SEU VEÍCULO NA OCASIÃO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COM O SEU IPVA EM DIA.

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

Felipe Anastácio de Souza

FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino
Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000440

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/04/2020 às 13:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 15/2/2020 às 13:30

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 1** - Bairro: **ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ ANASTÁCIO** Pai: **LUIZ CARLOS ALVES DE SOUZA** Data de Nascimento: **24/12/2000** Naturalidade: **TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS / BRASIL** Documentos: **10579001/SDS/PE (RG), 13562114422 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONÁRIO PÚBLICO FEDERAL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MORENO, 12, CASA A, RUA ENGENHO JUSSARA, 12, MASSARANDUBA, MORENO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGA3745** (PERNAMBUCO/MORENO) Chassi: **9C2KD0540DR125913**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE PILOTAVA A MOTO NA LOCALIDADE JÁ CITADA, QUANDO EM FRENTE A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO ENGENHO VELHO, UM VEÍCULO SAIU DE FORMA INESPERADA DE UMA RUA A SUA DIREITA FAZENDO COM QUE A VÍTIMA NÃO CONSEGUISSSE DESVIAR, OCASIONANDO ASSIM UMA COLISÃO QUE VEIO A ARREMESSAR A VÍTIMA AO SOLO. QUE DEVIDO AS LESÕES OCASIONADAS PELO ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMUI PARA O HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE-PE(HMAR), ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, SENDO ASSIM SUBMETIDA AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

x *Felipe Anastácio de Souza*
FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

SEV
Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 135.821.144-22 4 - Nome completo da vítima: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA 6 - CPF: 135.821.144-22
7 - Profissão: FV. PUBLICA FEDERAL 8 - Endereço: RUA ENGÊNHO JUSSARA 9 - Número: 12-A 10 - Complemento:
11 - Bairro: ENGÊNHO JUSSARA 12 - Cidade: MPRENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO 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 - ENDOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Consente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0836 CONTA: 13669 7
(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe)

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 namorado(a) no momento? ☐ 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, 11/04/2020 - PE, 20/04/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE ANASTACIO

CPF: 773 971 854-87

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ENGENHO JUSSARA 12 - A

ENGENHO JUSSARA/MASSARANDUBA
MORENO PE
54800-000

7035726599

03/2020

02/04/2020

27/04/2020

122,98

102294874

ÚNICA

26/03/2020

28/03/2020

2013977487

6916862

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE
Contrib. Ilum. Pública Municipal**QUANTIDADE**146,0000000
146,0000000**PREÇO (R\$)**0,43137198
0,36280178**VALOR (R\$)**62,88
52,98
7,04**TOTAL DA FATURA**

122,98

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3193087678	CAT	16/02/2020	0,00	26/03/2020	146,00	30	1,11100		146,00

RECEBIDO EM

BASE DE

%

VALOR DO

Geração de Energia

R\$

36,28

31,20%

Transmissão

R\$

4,22

3,04%

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/04/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/04/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fraturas distais da tíbia e fêmur esquerdo.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): 1º - Gesso - Luqueta + Redução Cirúrgica + Fixação Externa. 2º - Gesso, Placa de fixação externa + Osteossíntese com haste intramedular fêmur E.D.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	Membro Inferior Esquerdo ± 75%
2º	Impotência funcional O.R.E.
3º	Marcha, chacoalhar
4º	Distúrbio muscular Coxas E.D.
5º	
6º	

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS DADAS ANTES A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/04/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	15/04/2020
<u>[Assinatura]</u>	DATA: 15/04/2020
João Ricardo Pontes Perruci CRM - 7142 Ortopedia/Tratamentologia [Assinatura]	

03/2020

Atualização de Prontuário

militar realizou cirurgia: após acidente
que resultou em fratura da fíbula e espinha.

Recebeu alta em 09/03/2020 com emissão
de convalescença em licença por 60 dias.

Qual o paciente na alta:

AS: xoux: EtoB, coracante, emufoct, eupneuo, afetiv

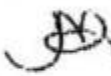
AR: MU@ANT, S/RA; ACR: NDA.

ADP: inocente.

EXT: FO em MIE (uxa), em anais de floze.

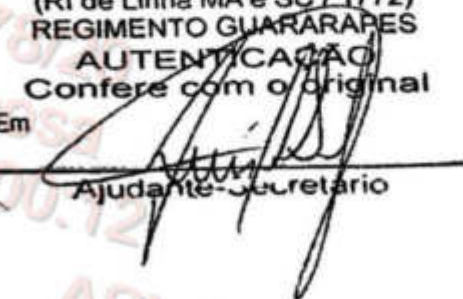
Co: ① Solicito ordem de suspensão de serviço.

② Convalescença em licença por 60 dias.


NIEDJA SOUZA
2º Ten Médica
CRM-PE: 24622
Id. 0707086373 MD/EB

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em


Ajudante-Secretário

04/10/19 Ao 16h

Medicar paciente ci dor.

ps. ① Convaliscar na SSKU

② Dymona: OR PA, IM, 6/6h

③ Te mexuou: OR PA, IM, 8/8h

④ Reavaliar o momento



NIEDJA BOUZA
2ª Ten Médica
CRM-PE: 24822
Id. 0707088373 MD/EB

1/19 União Médica

Medicar paciente melhora do cefaleia.
sem queixas no momento.

ps. ① Duas antiinflamatórios por 05 dias


NIEDJA BOUZA
2ª Ten Médica
CRM-PE: 24822
Id. 0707088373 MD/EB

PARECER CARDIOLÓGICO COM RISCO CIRÚRGICO

1. NOME: FELIPE ANDRADE N. SOUZA

IDADE: 20 ANOS

2. SINTOMATOLOGIA:

ASSINTOMÁTICO () : PRECORDIALGIA () : DISPNEIA AOS ESFORÇOS FÍSICOS () : ORTOPNEIA () : DISPNEIA () :
PAROXÍSTICA NOTURNA () : PALPITAÇÕES () : TONTURAS () : LIPOTÍMIA () : SÍNCOPE () : EDEMA PERIFÉRICO () :

OUTROS () : _____ () :

3. ANTECEDENTES:

Nega

IAS () : DIABETES MELITUS () : HIPERCOLESTEROLEMIA () : TABAGISMO () : CARDIOPATIA ISQUÊMICA () : IAM () :
ANGINA DO PEITO () : CARDIOPATIA FAMILIAR () : ARRITMIA CARDÍACA () : ICC () : DPOC () : MEDICAMENTO EM

USO: Nega

4. EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: Bom estado geral. Corado

AVC: Per em 26 Bnf

AD: rw audível s/ PA

5. ELETROCARDIOGRAMA: sinusoidal eixo v/ s/ sinais de sobrecarga

ÍNDICE DE GOLDMAN

PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO
IAM > 06 MESES	05	RÍTMO NÃO SINUSAL OU SINUSAL	05
IAM < 06 MESES	10	COM ESSV NO ECG PRÉ-OP	05
ANGINA CLASSE III	10	ESV > 05 POR MINUTO	05
ANGINA CLASSE IV	20	IDADE > 70 ANOS	05
ANGINA INSTÁVEL HÁ 06 MESES	10	EST. GERAL PRECÁRIO	10
EAP: < 01 SEMANA	10	CIRURGIA DE EMERGÊNCIA	
EAP PASSADO	05	TOTAL	<u>0</u>
ESTENOSE AÓRTICA OU MITRAL (S)	20		

6. CONCLUSÃO: CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO PELO ÍNDICE DE GOLDMAN

1. GRAU I = 0 - 5 PONTOS - RISCO LEVE (). APTO(A) PARA CIRURGIA
2. GRAU II = 6 - 12 PONTOS - RISCOS PEQUENO (). APTO(A) PARA CIRURGIA
3. GRAU III = 13 - 25 PONTOS - RISCOS MÉDIO (). SUGERE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA NA CIRURGIA
4. GRAU IV = > 26 PONTOS - RISCOS GRANDE (). SE POSSÍVEL EVITAR CIRURGIA.

7. RECOMENDAÇÕES:

pac s/ cuidados, baixo risco
cardiovasculares.

RECIFE, 20, 02 / 20

Beatriz Cappatto da Silva
1ª Ten Médica - CRM 26502
ID 16202359 - MD/EB

MÉDICO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

Aludante-Surgião

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)

PARECER CARDIOLÓGICO COM RISCO CIRÚRGICO

1. NOME: FELIPE ANDRADE DE SOUZA IDADE: 20 ANOS

2. SINTOMATOLOGIA:

ASSINTOMÁTICO () : PRECORDIALGIA () : DISPNEIA AOS ESFORÇOS FÍSICOS () : ORTOPNEIA () : DISPNEIA () :
PAROXÍSTICA NOTURNA () : PALPITAÇÕES () : TONTURAS () : LIPOTÍMIA () : SÍNCOPE () : EDEMA PERIFÉRICO () :

OUTROS () : _____ () : _____

3. ANTECEDENTES:

Nega

IAS () : DIABETES MELITUS () : HIPERCOLESTEROLEMIA () : TABAGISMO () : CARDIOPATIA ISQUÊMICA () : IAM () :
ANGINA DO PEITO () : CARDIOPATIA FAMILIAR () : ARRITMIA CARDÍACA () : ICC () : DPOC () : MEDICAMENTO EM

USO: Nega

4. EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: Bom estado geral - corado

AVC: Per em 26 Bnf

AD: rw audível s / PA

5. ELETROCARDIOGRAMA: sinusal / eixo v / s / sinais de sobrecarga

ÍNDICE DE GOLDMAN

PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO
IAM > 06 MESES	05	RÍTMO NÃO SINUSAL OU SINUSAL	05
IAM < 06 MESES	10	COM ESSV NO ECG PRÉ-OP	05
ANGINA CLASSE III	10	ESV > 05 POR MINUTO	05
ANGINA CLASSE IV	20	IDADE > 70 ANOS	05
ANGINA INSTÁVEL HÁ 06 MESES	10	EST. GERAL PRECÁRIO	10
EAP: < 01 SEMANA	10	CIRURGIA DE EMERGÊNCIA	
EAP PASSADO	05	TOTAL <u>8</u>	
ESTENOSE AÓRTICA OU MITRAL (S)	20		

6. CONCLUSÃO: CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO PELO ÍNDICE DE GOLDMAN

1. GRAU I = 0 - 5 PONTOS - RISCO LEVE () . APTO(A) PARA CIRURGIA
2. GRAU II = 6 - 12 PONTOS - RISCOS PEQUENO () . APTO(A) PARA CIRURGIA
3. GRAU III = 13 - 25 PONTOS - RISCOS MÉDIO () . SUGERE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA NA CIRURGIA
4. GRAU IV = > 26 PONTOS - RISCOS GRANDE () . SE POSSÍVEL EVITAR CIRURGIA.

7. RECOMENDAÇÕES:

pac s / comorbidades, baixo risco
cardiovascular.

RECIFE, 20 / 02 / 20

Beatriz Cappatto da Silva
19 Ter Médica - CRM 26502
ID 16202359 - MD/EB

MÉDICO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

Ajudante-Secretário

REGISTRO DE VISITA MÉDICA

DATA	MEDICAÇÃO	PARECER	DIAGNÓSTICO NUMÉRICO	RÚBRICA DO MÉDICO ASSISTENTE
16/06/2020	MV@ 44T 01 RA RCR 2 + BVE 01 Aptu			
26/07/19	Dor de garganta + Agitação hirs ± 5 dias. Nódulo congestivo nasal. HD: Faringite, edema + Rinossinusite (1) 11 Regiponol 1200000 01 1M 21 Diclufenaco 01 comp 1M 31 C. posante: Oximetazolina + Nivamide + Desclufenaco + Dymona			

PEDRO MENEZES
ASP OF MEDICO
CRM-PE 26860
Idt. 070 812 8673 MD/EB

PEDRO MENEZES
ASP OF MEDICO
CRM-PE 26860
Idt. 070 812 8673 MD/EB

07/10/19 Múltiplas reações cefálicas unilaterais à esquerda, pulsáteis, há 4 anos. Procurou atendimento de caráter sintomático, mas não resolveu a dor.

ENCERRADA EM: 16/06/2020 ou fotofobia

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14ª BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADA
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES

AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

CD: ① 5% - 250ml

② Anestésico: 01 KASIN

③ Dymona: 01 RA + AD

ASS DO CHEFE SEC SAU OM

ANIELA SOUZA
Idt. 070 812 8673 MD/EB

FICHA MÉDICA

1481 m/s

(OM)

30 c/s

(SU)

Nº _____

DATA 25/04/19

IDENTIFICAÇÃO

NOME Yolipe Amadorio de Souza IDT 135 821 144 22
DN 24/12/2000 NATURALIDADE Capão da Im - SP
FILIAÇÃO Luiz Carlos Alves de Souza E Maria José Amadorio
SIT. MIL. SPTV Amadorio / Ativa ORIGEM _____
(POSTO / GRAD) (ATTVA/NB/NV) GRUPO SANG. _____ FATOR RH _____

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

ANAMNESE: ANTECEDENTES FAMILIARES _____

ANTECEDENTES PESSOAIS _____

EXAME FÍSICO: ESTADO GERAL _____ PELE _____ MUCOSAS _____
TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO _____ ESQUELETO _____
CABEÇA _____ PESCOÇO _____ TÓRAX: CONFORMAÇÃO GERAL _____
PERCUSSÃO _____ PALPAÇÃO _____ AUSCULTA _____
ABDÔMEN: PALPAÇÃO _____ PERCUSSÃO _____ AUSCULTA _____
FC _____ PA _____ FR _____ PESO _____
ALTURA _____ OUTROS DADOS _____

CONTROLE SANITÁRIO

IMUNIZAÇÃO

VACINAS OBRIGATÓRIAS:

TT: 1ª DOSE /
2ª DOSE /
REFORÇO /

VAT: 1ª DOSE /
2ª DOSE /
REVACINAÇÃO /

VAA: DOSE ÚNICA /
REFORÇO /

VACINAS OPCIONAIS:

CONTROLE DE PESO:

INICIAL _____ KG

31/MAR _____ KG

30/JUN _____ KG

30/SET _____ KG

30/DEZ _____ KG

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com original

INFORMAÇÃO PESSOAL - ACESSO RESTRITO

Art. 5º, Inciso X, da Constituição Federal do Brasil/1988
Art. 31 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011
Art. 55 ao Art. 62 do decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE Cmdo 7ª RM**

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original**

Em _____
Ajudante-Secretário

CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE: 2813 / 2020

A(O) MPOM 2 (14º BI Mtz) inspecionou na sessão 28 / 2020 o(a) abaixo identificado(a), que lhe foi apresentado por ordem superior e, sobre seu estado de saúde, proferiu o parecer a seguir discriminado:

IDENTIFICAÇÃO:

Posto ou Grad: Sd	Nome: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA	Situação: Serviço Militar Inicial (1º ano)	Categoria: Militares
Identidade: 320000967055	Data de Nascimento: 15/06/2000	Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES	CPF: 13582114422

DADOS COMPLEMENTARES:

Organização Militar: 14º BI Mtz	Documento de Encaminhamento: Bol - 53 - 19/03/2020 - 14º BI Mtz
------------------------------------	--

FINALIDADE:

Verificação de capacidade laborativa (Militar Temporário)

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):

Peso (Kg): 74	Altura (m): 1,72	IMC: 25,0	Classificação: Excesso de Peso
---------------	------------------	-----------	--------------------------------

DIAGNÓSTICOS:

S72.- - Fratura do fêmur (.). / CID-10.

PARECER:

Incapaz B1. Necessita de 30 dias dias de afastamento total do serviço e instrução para realizar seu tratamento, a contar de 09/03/2020.

Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer: / S72.-

OBSERVAÇÃO:

O parecer "Incapaz B1" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano). /

Sala de Sessões MPOM 2 (14º BI Mtz) quinta-feira, 26 de março de 2020

MPOM, NIEDJA RODRIGUES DE SOUZA ALVES, 2ºTen, Idt:0707088373/MD, CRM: 24622

Confere com a original, em ____ / ____ / ____

INFORMAÇÃO PESSOAL - ACESSO RESTRITO

Art. 5º, Inciso X, da Constituição Federal do Brasil/1988
Art. 31 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011
Art. 55 ao Art. 62 do decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012

NIEDJA ROUZA
24622
MD/ES



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE Cmdo 7º RM

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original
Em
Ajudante-Secretário

FICHA DE REGISTRO DE DADOS DE INSPEÇÃO: MPOM 2 (14I 1/2 BI Mtz)

S: 28/2020

IDENTIFICAÇÃO			
Posto/Grad: Sd	Nome: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA	Situação: Serviço Militar Inicial (1º ano)	
Identidade: 320000967055	Data de Nascimento: 15/06/2000	Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES	
Filiação: Pai: LUIZ ALVES DE SOUZA Mãe: MARIA JOSÉ ANASTÁCIO			
Endereço: RUA ET. CURCUNARUA ENGENHO JUSSARA 128 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE, CEP - 000000000000			
Tel: (81) 00000000000	CPF: 13582114422	Fax: 000000000000	E-Mail: secao.saude14bimtz@gmail.com
DADOS COMPLEMENTARES:			
Organização Militar: 14º BI Mtz	Ofício de Encaminhamento: 53 - 14º BI Mtz		
FINALIDADE			
Verificação de capacidade laborativa (Militar Temporário)			
EXAME CLÍNICO GERAL			
PA: 120X80	FC: 80.	FR: 19.	Temperatura: 36.5
Aspecto Geral:			
História da doença atual: MILITAR EM CONVALESCENÇA PÓS OPERATÓRIA APÓS CIRURGIA POR FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO (ACIDENTE COM MOTOCICLETA). SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RECEBO DOCUMENTO DE ALTA QUE ORIENTA REPOUSO DOMICILIAR POR 60 DIAS.			
Sistema Respiratório: MV + EM AHT, SEM RA			
Sistema Cardiovascular: RCR EM 2T, BNF, SEM SOPROS.			
Sistema Digestivo: SEM QUEIXAS. EVACUAÇÃO PRESENTE.			
Sistema Osteomuscular, pele e anexos: FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.			
Sistema Nervoso: NDN			
Sistema Urogenital: SEM QUEIXAS. DIURESE PRESENTE.			
Sistema Endócrino: NDN			
Outros Sistemas:			
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):			
Peso (Kg): 74	Altura (m): 1,72	IMC: 25,0	Classificação: Excesso de Peso
EXAMES COMPLEMENTARES			
DIAGNÓSTICOS:			
S72.- - Fratura do fêmur ()			
/ CID-10			
PARECER			
Incapaz B1. Necessita de 30 dias de afastamento total do serviço e instrução para realizar seu tratamento, a contar de 09/03/2020.			
Diagnóstico(s): / S72.-			

WEDER SOUZA
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
REGIMENTO GUARARAPES
CMNE Cmdo 7º RM

Em 08/03/2020

REQUERIMENTO

Ao Sr. Diretor do Hospital Militar de Área do Recife
Assunto: Solicitação de documentação nosológica.

Nome: SO PAULO

Identificação do Requerente

Nome completo: Julia Anastacio de Souza
Identidade: 10579001 CPF: 135 821 144-22
Rua/Av: Engenho Jussara
Nº 07 Complemento: Casa Bairro: Jussara
Cep: 54800000 Cidade: Morano UF: PE Fone/Email: 993192637

Identificação do Paciente

Nome completo: Julia Anastacio de Souza
Identidade: 10579001 CPF: 135 821 144-22
Rua/Av: Engenho Jussara
Nº 07 Complemento: Casa Bairro: Jussara
Cep: 54800000 Cidade: Morano UF: PE Fone/Email: 993192637
Prec CP: 070820067-0 Idt MB/EB ou RA: 070820070 N° Prontuário: 09-03-2020 Data da última baixa:

Venho Requerer a V. S.ª:

Exigir do setor de atendimento dia 23/02/2020. V. Prontuário médico

COM A FINALIDADE DE: Do infante no regime Dpilot

Anexos (Fotocopia Legível)

Identidade: 10579001 CPF: 135.821-144-22
Procuração: Outros
Outros: Outros

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

RECIFE 09 DE 03 DE 2020

Julia Anastacio de Souza
Assinatura do Requerente ou Procurador

DOCUMENTO DE ALTA

Teve alta deste Hospital

Guilherme *Filipe Alexandre de*

do (a)

com 12 anos de idade, natural de

filho de

Paulo Alexandre da Silva *Lucy Maria*

de

socorrido pela sua Unidade até 09 de 09 e, por este

Hospital, até esta data.

Hospital - Geral de Recife,

09 de 09

de

2020

MOLÉSTIA:

OBSERVAÇÕES:

*Alta por motivo de necessidade
para o tratamento da doença
de caráter agudo de natureza*

Médico - Chefe da Enfermaria

Chefe do SAME

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)

PARECER CARDIOLÓGICO COM RISCO CIRÚRGICO

1. NOME: FELIPE ANDRÉ DA SILVA IDADE: 20 ANOS

2. SINTOMATOLOGIA:

ASSINTOMÁTICO () : PRECORDIALGIA () : DISPNEIA AOS ESFORÇOS FÍSICOS () : ORTOPNEIA () : DISPNEIA () :
PAROXÍSTICA NOTURNA () : PALPITAÇÕES () : TONTURAS () : LIPOTÍMIA () : SÍNCOPE () : EDEMA PERIFÉRICO () :

OUTROS () : _____ () : _____

3. ANTECEDENTES:

Nega

IAS () : DIABETES MELITUS () : HIPERCOLESTEROLEMIA () : TABAGISMO () : CARDIOPATIA ISQUÊMICA () : IAM () :
ANGINA DO PEITO () : CARDIOPATIA FAMILIAR () : ARRITMIA CARDÍACA () : ICC () : DPOC () : MEDICAMENTO EM

USO: Nega

4. EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: Bom estado geral. Corado

AVC: Per em 26 Bnf

AD: rw audível s/ PA

5. ELETROCARDIOGRAMA: sinusoidal, eixo n/ s/ sinais de sobrecarga

ÍNDICE DE GOLDMAN

PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO
IAM > 06 MESES	05	RÍTMO NÃO SINUSAL OU SINUSAL	05
IAM < 06 MESES	10	COM ESSV NO ECG PRÉ-OP	05
ANGINA CLASSE III	10	ESV > 05 POR MINUTO	05
ANGINA CLASSE IV	20	IDADE > 70 ANOS	05
ANGINA INSTÁVEL HÁ 06 MESES	10	EST. GERAL PRECÁRIO	10
EAP: < 01 SEMANA	10	CIRURGIA DE EMERGÊNCIA	
EAP PASSADO	05	TOTAL	<u>0</u>
ESTENOSE AÓRTICA OU MITRAL (S)	20		

6. CONCLUSÃO: CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO PELO ÍNDICE DE GOLDMAN

1. GRAU I = 0 - 5 PONTOS - RISCO LEVE () . APTO(A) PARA CIRURGIA
2. GRAU II = 6 - 12 PONTOS - RISCOS PEQUENO () . APTO(A) PARA CIRURGIA
3. GRAU III = 13 - 25 PONTOS - RISCOS MÉDIO () . SUGERE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA NA CIRURGIA
4. GRAU IV = > 26 PONTOS - RISCOS GRANDE () . SE POSSÍVEL EVITAR CIRURGIA.

7. RECOMENDAÇÕES:

pac s/ cuidados, baixo risco
cardiovascular.

RECIFE, 20, 02 / 20

Beatriz Coppato da Silva
1ª Ten. Médica - CRM 70502
ID 0116202359- MD/EB

MÉDICO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADA
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original
Em _____
Ajudante-Secretário

SIM(S) - NÃO (N) - IMPORTANTE NÃO CONSIDERAR SE HOUVER RASURA.

su e/ jmmv

PCMA 2

07/10/19 As 16h

Militar presente e dor.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

Ajudante de Serviço

cp. ① Convalescer na SSV

② Dytmona: ORA, IM, 66h

③ Temoxicou: OR RA, IM, 81h

④ Revolver a montão

(Signature)

NIEDJA SOUZA
2º Ten Médica
CRM-PE: 24622
Idt.0707088373 MD/EN

129 Unio Médica

Militar julgado melhora do cefaleia.
sem queixas no momento.

cp. ① Duro antiinflamatório por 05 dias

(Signature)

NIEDJA SOUZA
2º Ten Médica
CRM-PE: 24622
Idt.0707088373 MD/EN

14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADA

FICHA MÉDICA

SEÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DA UNIDADE (SSSU)

30 Cta

(SU)

SD

POSTO/GRAD

Amatício

NOME DE GUERRA

IDENTIFICAÇÃO

ANO DE INCORPORAÇÃO :

NOME COMPLETO Felipe Amatício de Souza

IDT/RA Nº 10579.001 PRÉC-CP: CPF 135 821 344 22

D N 24/Dezembro / 2000

NATURALIDADE:

ENDEREÇO: CEP.:

BAIRRO CIDADE Nº TELEFONE

FILIAÇÃO: PAI: Luiz Carlos Luiz Souza MÃE: Maria José Amatício

SITUAÇÃO MILITAR:

ORIGEM: TP SANGÜÍNEO FATOR RH:

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

ALERGIAS: PESO: (KG) ALTURA:

DOENÇAS PREGRESSAS:

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL :

CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL :

CIRCUNFERÊNCIA TORÁXICA :

CONTROLE SANITÁRIO

VACINAS OBRIGATÓRIAS

T T: 1ª DOSE / /

2ª DOSE / /

REFORÇO / /

VAT: 1ª DOSE / /

2ª DOSE / /

REFORÇO / /

VAA: DOSE ÚNICA / /

REFORÇO / /

VACINAS OPCIONAIS

CONTROLE DE PESO

31/03/2020 KG

30/06/2020 KG

30/09/2020 KG

30/12/2020 KG



MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(HOSPITAL MILITAR DE PERNAMBUCO - 1817)
Laboratório de Análises Clínicas (LAC)



Nº Exame: 2002200166 Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
Local de coleta: 5ª ENFERMARIA Data da coleta: 20/02/2020
PRONTUÁRIO: 070820070 Idade: 19 Ano(s) Sexo: M
Médico Solicitante: CARLOS HENRIQUE SILVA CUNHA Data da Entrega: 20/02/2020

CLORETOS : 97 mmol/L
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
Cordeão umbilical 96 a 104 mmol/L
Prematuro 95 a 110 mmol/L
0 a 30 dias 98 a 113 mmol/L
Adulto 98 a 107 mmol/L
Adulto >90 anos 98 a 111 mmol/L

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs
L Evolutivo 102 101 98
17/02/2020 16/02/2020 15/02/2020
L 06:27:00 07:18:00 21:23:00

PROTEÍNA C REATIVA : 55,0 mg/L
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
PARA RISCO CARDIOVASCULAR:
RISCO ALTO: MAIOR QUE 30,0 mg/L
RISCO MEDIO: 10 a 30,0 mg/L
RISCO BAIXO: MENOR QUE 10,0 mg/L

Observação:
Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs
NOTA: A interpretação dos valores para risco cardiovascular, somente pode ser realizada na ausência de quadros inflamatórios sistêmicos.
Laudo Evolutivo 21,0 30,0
Datas: 17/02/2020 16/02/2020
06:27:00 07:18:00

KELLY Fernanda C. Veloso
2º Ten. Farmacêutica
Idt. 070812727-9 MD/EB



MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE **7ª RM**
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(HOSPITAL MILITAR DE PERNAMBUCO - 1817)
Laboratório de Análises Clínicas (LAC)



Nº Exame: 2002200166 Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
Local de coleta: 5ª ENFERMARIA Data da coleta: 20/02/2020
PRONTUÁRIO: 070820070 Idade: 19 Ano(s) Sexo: M
Médico Solicitante: CARLOS HENRIQUE SILVA CUNHA Data da Entrega: 20/02/2020

CREATININA : 0,9 mg/dl
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
Homens: 0,7 a 1,4 mg/dl
Mulher... 0,5 a 1,2 mg/dl
Criança: 0,3 a 1,0 mg/dl

Observação:[OBS]

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs

Laudo Evolutivo	0,8	0,9	1,0
Datas.....	17/02/2020 06:27:00	16/02/2020 07:18:00	15/02/2020 21:23:00

FÓSSIO : 4,6 mmol/L
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:

Prematuro, cordão umbilical	5,0 a 10,2 mmol/L
Prematuro, 48 h	3,0 a 6,0 mmol/L
Recém-nascido, cordão umbilical	5,6 a 12,0 mmol/L
Recém-nascido	3,7 a 5,9 mmol/L
Criança < 1 ano	4,1 a 5,3 mmol/L
3,4 a 4,7 mmol/L	
Adulto	3,5 a 5,1 mmol/L

Criança

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs

Laudo Evolutivo	4,3	4,4	4,0
Datas.....	17/02/2020 06:27:00	16/02/2020 07:18:00	15/02/2020 21:23:00

SÓDIO : 141 mmol/L

Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Recém-nascido, cordão umbilical

Valores de referência:

Prematuro, cordão umbilical	116 a 140 mmol/L
Prematuro, 48 h	128 a 148 mmol/L
126 a 166 mmol/L	
Recém-nascido	133 a 146 mmol/L
Criança < 1 ano	139 a 146 mmol/L
Criança	138 a 145 mmol/L
Adulto	136 a 145 mmol/L
Adulto > 90 anos	132 a 146 mmol/L

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs

Laudo Evolutivo	139	137	134
Datas.....	17/02/2020 06:27:00	16/02/2020 07:18:00	15/02/2020 21:23:00

KELLY Fernanda C. Veloso
2º Ten. Farmacêutica
Idt. 070812727-9 MD/EB



MINISTÉRIO DA DEFESA EXERCITO BRASILEIRO
CMNE 7ª RM
HOSPITAL MILITAR DE AREA DO RECIFE
(HOSPITAL MILITAR DE PERNAMBUCO - 1817)
Laboratório de Análises Clínicas (LAC)



Nº Exame: 2002200166 Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
Local de coleta: 5ª ENFERMARIA Data da coleta: 20/02/2020
PRONTUÁRIO: 070820070 Idade: 19 Ano(s) Sexo: M
Médico Solicitante: CARLOS HENRIQUE SILVA CUNHA Data da Entrega: 20/02/2020

CÁLCIO : 9,40 mg/dl
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
8,5 a 10,5 mg/dl

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs
Laudo Evolutivo 9,00
Data: 15/02/2020 21:23:00

GLICOSE : 90 mg/dl
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
Adulto : 74 a 109 mg/dL
60-90 anos : 82 a 115 mg/dL
> 90 anos : 75 a 121 mg/dL
Crianças : 60 a 100 mg/dL
Recém - nascidos 1 ano : 60 a 100 mg/dL
Recém - nascidos > 1 ano : 50 a 80 mg/dL

Adulto : 74 a 109 mg/dL
60-90 anos : 82 a 115 mg/dL
> 90 anos : 75 a 121 mg/dL
Crianças : 60 a 100 mg/dL
Recém - nascidos 1 ano : 60 a 100 mg/dL
Recém - nascidos > 1 ano : 50 a 80 mg/dL

Valores sugeridos pela Roche Diagnostics, Analisadores c 311/511
Bibliografia: Tietz NW. Fundamentals of Clinical Chemistry, 6th ed. Saunders Elsevier 2008; 389.
Tietz NW. ed. Clinical Guide to Laboratory Tests, 4th ed. Philadelphia. WB Saunders Co 2006; 444 - 451.

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-20:44 hs
Laudo Evolutivo
Data:

MAGNÉSIO : 2,3 mg/dl
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência:
1,6 a 2,3 mg/dl

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs
Laudo Evolutivo 2,0 1,8 1,7
Data: 17/02/2020 06:27:00 16/02/2020 07:18:00 15/02/2020 21:23:00

URÉIA : 29 mg/dL
Material: Soro Método: Automatizado Roche Cobas

Valores de referência
10 - 50 mg/dL

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-13:27 hs
Laudo Evolutivo 31 30 29
Data: 17/02/2020 06:27:00 16/02/2020 07:18:00 15/02/2020 21:23:00

KELLY Fernanda C. Veloso
2º Ten. Farmacêutica
Idt. 070812727-9 MD/EB



MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE 7ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(HOSPITAL MILITAR DE PERNAMBUCO - 1817)
Laboratório de Análises Clínicas (LAC)



Nº Exame: 2002200166 Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
Local de coleta: 5ª ENFERMARIA Data da coleta: 20/02/2020
PRONTUÁRIO: 070820070 Idade: 19 Ano(s) Sexo: M
Médico Solicitante: CARLOS HENRIQUE SILVA CUNHA Data da Entrega: 20/02/2020

COAGULOGRAMA

Material: Sangue Método: Coagulométrico - ACL 7000

Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-10:27 hs

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

TEP (Paciente) : 10,6 segundos
A je : 88,0 %
IN : 1,07

A partir de 70%

TEMPO DE PLASMA (NORMAL) : 9,90 segundos
Atividade : 100 %

Tempo
Laudo Evolutivo 10,6 10,9 10,5
Datas: 20/02/2020 16/02/2020 15/02/2020

INR
Laudo Evolutivo 1,07 1,10 1,06
Datas: 20/02/2020 16/02/2020 15/02/2020

Atividade
Laudo Evolutivo 88,0 83,0 90,0
Datas: 20/02/2020 16/02/2020 15/02/2020

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

TEMPO (Paciente) : 23,90 segundos
RATIO : 1,02

24,3 a 35 seg.

Tem
Laudo Evolutivo 23,90 24,80 23,90
Datas: 20/02/2020 16/02/2020 15/02/2020

Ratio
Laudo Evolutivo 1,02 1,06 1,02
Datas: 20/02/2020 16/02/2020 15/02/2020

SITUAÇÃO CLÍNICA

INTERVALO

Terapia de Anticoagulação, Prevenção e tratamento de venose
Embolia Pulmonar Sistêmica, Embolia Arterial Pós Operatória
Infarto Agudo do Miocárdio, Doença de Válvula Cardíaca 2.0 3.0

Prótese Cardíaca 2.5 3.5

Formas Recidivantes de Trombose Venosa Profunda 3.0 4.0

Formas Recidivantes de Embolia Pulmonar

RONMILSON Alves Marques

2º Ten Farmacêutico

CRFPE 4060

Id.: 070682457-4 MD/EB



MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE 7ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(HOSPITAL MILITAR DE PERNAMBUCO - 1817)
Laboratório de Análises Clínicas (LAC)



Nº Exame: 2002200166 Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
Local de coleta: 5ª ENFERMARIA Data da coleta: 20/02/2020
PRONTUÁRIO: 070820070 Idade: 19 Ano(s) Sexo: M
Médico Solicitante: CARLOS HENRIQUE SILVA CUNHA Data da Entrega: 20/02/2020

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue Método: Analisador Hematológico Sysmex XN-1000
Solicitado em: 20/02/2020-09:02 hs / Liberado em: 20/02/2020-10:03 hs

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	5,5 milhões/mm ³	4,2 - 6,3
Hemoglobina	13,1 g/dL	13,0 - 18,0
Hematócrito	40,9 %	39,0 - 53,0
V	73,8 fL	80 - 96
H	23,6 pg	27 - 32
CHCM	32,0 g/dL	31 - 35
RDW	13,9 %	11,0 - 15,5

Observação: Hemácias microcíticas e hipocrômicas

LEUCOGRAMA		Valores Encontrados	Valores de Referência	
Leucócitos Totais.....		4.510	4000 a 11000	
	%	/mm ³	%	/mm ³
Neutrófilos Bastonetes	0	0	1 a 4	0 a 700
Neutrófilos Segmentados	63	2841	40 - 65	1.800 - 7.800
Linfócitos	17	767	22 a 45	1.000 a 4.800
Monócitos	12	541	2 a 10	100 a 1.000
Eosinófilos	7	316	1 a 5	100 a 500
Basófilos	1	45	0 a 1	0 a 200

Observação: Leucócitos morfologicamente bem conservados

PLAQUETAS	Valores Encontrados	Valores de Referência
MPV	221.000 /mm ³	150.000 - 450.000
P	11,8 fL	6,2 a 11,8 fL
P	15,1 %	10 a 18 %

Observação: Plaquetas normais em morfologia e número

SÉRIE HISTÓRICA

Hemoglobina:				
Laudo Evolutivo	13,1	10,8	12,2	12,5 **
Datas	20/02/2020	17/02/2020	16/02/2020	15/02/2020
Hematócrito:				
Laudo Evolutivo	40,9	33,6	37,1	38,3
Datas	20/02/2020	17/02/2020	16/02/2020	15/02/2020
Leucócitos Totais:				
Laudo Evolutivo	4.510	6.790	8.550	10.340
Datas	20/02/2020	17/02/2020	16/02/2020	15/02/2020
PLAQUETAS :				
Laudo Evolutivo	221.00	196.00	211.00	213.00
Datas	20/02/2020	17/02/2020	16/02/2020	15/02/2020

RONMILSON Alves Marques
2º Ten Farmacêutico
CRF/PE 4060
Id.: 070682457-4 MD/EB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

12-M-01



POLEGAR DIREITO



Felipe Anastacio de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.579.001

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/03/2017

NOME

<< FELIPE ANASTACIO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO

<< LUIZ CARLOS ALVES DE SOUZA >>

<< MARIA JOSE ANASTACIO >>

NATURALIDADE

TEÓFILO OTONI - MG

DATA DE NASCIMENTO

24/12/2000

DOC. ORIGEM

<< CN 90.614 L.185 F.163 CART.

TEÓFILO OTONI-MG 29.12.2000 >>

CPF

135.821.144-22

ASSINATURA

ADA PEREIRA CIG. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 2005

10.579.001/10.579.001/10.579.001

F-76 94124 - 1124

PE Nº 01466832387 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

RECÍPTE - EE

MA 155 821 300-22 CPF / CNPJ

RENAVAM 52855/442 HONDA / NXH130 BRO2 E3D MARCA / MODELO

NOTA 2013 09 9C2KD0340DR125913 Nº CHASSI

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IDP (R\$) 0.32 TOTAL SEGURO SOBRE O IPI 84.38

PAGAMENTO: ☐ PARCELADO ☒ ÚNICA

DATA DE OUTUBRO 18/04/13 DATA DE EMISSÃO 03/06/13

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.604/0001-04

102-2019

LIBRARY OF THE

DENAIRAN

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200355185

Data da solicitação: 12/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Felipe Amotocio de Souza

CPF do beneficiário: 135.821.74422

Nome do solicitante: Felipe Amotocio de Souza

CPF do solicitante: 135.821.74422

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 987036785 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: (81) 997036678

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☒ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho por meio desta carta solicitar a reanálise do meu processo pois discordo da negativa da seguradora que informa que o meu veículo estava atrelado, obs. o meu veículo na data do acidente se encontrava em dia porque quando comprei a moto ela veio pro meu nome em dia se o antigo dono não pagou na data certa não é problema meu a partir que eu peguei a moto ela veio para o meu nome em dia que é válido até março de 2020 estou enfrentando com muita espera ser indenizado evitando futuras ações judiciais.

Vitória 12 de junho 2020

Local e Data

Felipe Amotocio de Souza

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
REGIMENTO GUARARAPES

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RI de Linha MA e SC / 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

Ajudante-Secretário

DIEEx nº 011 – Sgte/Cmt 3ª Cla Fuz
EB: 64091.001691/2020-21

Jaboatão dos Guararapes – PE, 19 de Fevereiro de 2020.

Do: Cmt SU

Ao: Sr SCmt Btl

Assunto: Acidente com militar

NOME DO ENVOLVIDO: FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA

POSTO/GRAD: Sd EV

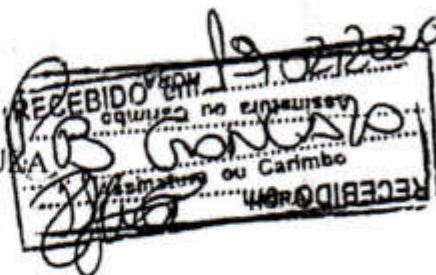
FUNÇÃO: Fuzileiro do 3º Pelotão

LOCAL DO FATO: Engenho Velho, Jaboatão dos Guararapes - PE

FOI ATENDIDO E MEDICADO: Sim

TESTEMUNHA: Não há

ANEXO: Não há



DESCRIÇÃO SUCINTA DO ACIDENTE

Por volta das 13:30 horas do dia 15 de fevereiro de 2020, o Sd EV FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA, militar desta SU, relatou que estava conduzindo a sua motocicleta, indo para sua residência, após sair do Batalhão, por ocasião do Acionamento do Plano de Chamada; quando um veículo inesperadamente saiu de uma rua do seu lado direito, defronte a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Engenho velho, que está localizada na Avenida General Manoel Rabelo, Jaboatão dos Guararapes-PE; o veículo colidiu com a motocicleta que o Sd EV ANASTÁCIO estava, vindo o mesmo a chocar-se com o para-brisa do veículo e cair de imediato.

Após o fato, o Sd EV ANASTÁCIO, recebeu apoio de um efetivo de militares do 14º BIMtz, que estavam trafegando no local do fato, e em seguida

foi atendido por uma equipe do SAMU, sendo observado também pelo 2º Sargento CÉSAR, do 14º BIMtz. O Sd EV ANASTÁCIO foi encaminhado ao Hospital Militar de Área do Recife (HMAR), onde foi atendido, medicado e recebeu o diagnóstico que havia sofrido uma fratura exposta em seu fêmur esquerdo, o mesmo foi cirurgiado pelo CAP MED CARLOS HENRIQUE, e está aguardando a sua recuperação.

OBS: O Sd EV FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA, não possui a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), e a motocicleta envolvida no acidente, uma HONDA BROS 150, PLACA - PGA 3745, está registrada em seu nome.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXERCITO BRASILEIRO
14º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(RTE BR 103 Mte 307 1772)
REGIMENTO GUARARAPES
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original

Em

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
(Proposições importantes a serem esclarecidas)

Ajudante-Secretário

1 - Houve crime, transgressão disciplinar, imprudência ou desídia do militar envolvido?	SIM
2 - O fato ocorreu no exercício de suas atribuições funcionais?	NÃO
3 - O fato ocorreu durante o expediente normal ou, quando prévia e formalmente determinado por autoridade competente, em sua prerrogativa ou antecipação?	NÃO
4 - O fato ocorreu no cumprimento de ordem emanada de autoridade militar competente? Se positivo Qual autoridade?	NÃO
5 - O fato ocorreu no decurso de viagem em objeto de serviço, prevista em regulamento ou prévia e formalmente autorizada por autoridade militar competente, em ordem de serviço ou boletim na OM?	NÃO
6 - O fato ocorreu no decurso de viagem imposta por motivo de movimentação, efetuada no interesse do serviço ou a pedido?	NÃO
7 - O fato ocorreu no deslocamento entre a sua residência e a OM em que serve, ou entre aquela e o local de trabalho, ou entre aquela e o local em que sua missão devesse ter início ou prosseguimento, e vice-versa (nesse caso, deverá ser observada a relação entre tempo e espaço, o itinerário percorrido pelo militar e o local declarado como residência, inclusive para fins de vale transporte)?	NÃO
8 - O fato ocorreu em dia sem expediente, durante o deslocamento para tirar serviço para o qual se encontrava escalado?	NÃO

Felipe Anastácio de Souza
FELIPE ANASTÁCIO DE SOUZA - Sd EV
Militar acidentado

Victor Hugo Pereira Alencar de Bonfim
VICTOR HUGO PEREIRA ALENCAR DE BONFIM - 1º TEN
Comandante da 3ª Companhia de Fuzileiros

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169647/20

Vítima: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

CPF: 135.821.144-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2020

Titular do CPF: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FELIPE ANASTACIO DE SOUZA : 135.821.144-22

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: 18/06/2020
Nome: FELIPE ANASTACIO DE SOUZA
CPF: 135.821.144-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

FELIPE ANASTACIO DE SOUZA

RAIANNE SILVA BARBOSA