

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Antônio Henrique da Silva Moreira CPF: 07106900451
Profissão: Selecionador Endereço: Rua Unil de Holanda Número: 1325 Complemento: BL-C AP 3
Bairro: Pompa do Tiro Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52131-150
E-mail: não possui (CELULAR) (81) 984895401

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

RENDA MENSAL:
☒ R\$0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1294 CONTA: 61795 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorrido o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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 certo, 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

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

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



POA VNCI. TRATA. NUNCA SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 045.01.2019
EM: 14.01.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA, portador do Documento de Identidade nº 6507484 SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.069.004-51, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº S-570757, que no dia 29 de dezembro de 2018, a paciente Sra. MARIA LUISA TENÓRE MOREIRA DA SILVA, portadora do Documento de Identidade nº 10767370 SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº 716.704.924-78, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo automóvel, por volta das 08h30, na Rua Cantora Dalva de Oliveira, imediações a Padaria Rainha e ao lado SEST SENAC, no bairro Porto da Madeira, Recife/PE, encaminhada para a UPA Nova Descoberta e, posteriormente, redirecionada para o Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, 14 de janeiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



AVENIDA CACÁ CAMARGO - NÚM. 1587 - FAZDA AMARILHADA - PE
CEP: 55040-000 - FONE: (061) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.001.358-7
CNPJ: 09.759.034/0001-54
www.compesa.com.br

Nº Documento: 201901107384400

Recibo: AUTO DO CEU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

RUA DE BOMFIM, N. 01355 - BL-C APT-003 - LINHA DO TIO RECIFE PE 52:31-150

INSCRIÇÃO: 350.236.215.1660.304

GRUPO: 14

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10738440.0

DESTINATÁRIO

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO DEB.

LIGADO

SITUAÇÃO DEB.

POTENCIAL

PERÍODO DEB.

SITUAÇÃO DEB.

POTENCIAL

PERÍODO DEB.

POTENCIAL

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

PERÍODO DEB.

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

12/2018 14/

11/2018 16/

10/2018 14/

09/2018 8/

08/2018 16/

07/2018 14/

MÉDIA 13,7 0

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

CONSUMO: 16

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

ANÁLISES

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATÉ 10 M3 - R\$ 8,65 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,76 POR M3

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 12/2018

CONSUMO POR FAIXA

10 M3

6 M3

VALOR R\$

8,65

28,44

0,55

PIS

COFINS

37,00

37,00

1,55

7,60

3,61

2,02

VENCIMENTO: 20/02/2019

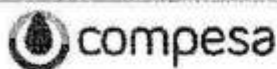
TOTAL A PAGAR

37,64

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 28,35. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVADA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

ENLACE DO: INTERNET

Enlido em: 21/02/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810189

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

INSCRIÇÃO:

10738440.0

01/2013-6

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR

37,64

CÓDIGO DE BARRAS

V.A. COMPESA

82850000000-0 37640018360-8 10738440001-2 01201960003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5583112

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Maria Lúcia Zeno Maria Idade: 14
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento na rua com asfalto
em movimento
Hipótese Diagnóstica: fratura da perna (S)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (rGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () RAR: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido Expiratório: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração 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

Atendimento: 3283495 Prontuário: 1078593

Nome: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA Nome Social:

Data Nasc.: 31/09/2004 Idade: 14 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: CNS: 701401800746437

Endereço: RUA JOSE AMARINO DOS REIS Nº: 3

Bairro: LINHA DO TIRO Cidade: RECIFE Estado: PE

CEP: 52131592 Fone: 558184895401 Celular:

Acompanhante: Profissão:

Nome da Mãe: EULINA TENORIO DA SILVA

Nome do Cônjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Notificação 35/HT

Estado: PE

Queixa Principal / HDA:

Paciente DEFENDE TRAMU
 AGOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame Físico:

PA: FC: FR:

BEFORE THE X can no

GLASGOW 15

Diag. Provisório:

CENVI 02 2400

NEUROSCIENCE PHENOLAD

FINDING

6FSS0

Prescrição:

Data

0550-5

Dieta:

Revato Costa
Chobedate
Cura 24 230

Horário

Das Diagramm

MI

• Dipinyls $\rightarrow$ + ABC

6. $\frac{1}{2}$

1325

~~RECEIVED~~
~~RECEIVED~~
~~RECEIVED~~



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

HOF	
Realizado exames Radiológicos R _x	
Assina EAP/P	29/12/2018
Reg. _____	Ass. R. Henrique
ALTA + ONTILUAC	
AO AMB. ONTILUAC	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido A - 1000000 Paciente ☐ Familiar ☐

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento ☐ Paciente ☐ Familiar ☐

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado A Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Re: **Classificação de Risco - Protocolo**

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/12/2018 11:04

Nome Paciente:	MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:	1076593
Data de Nascimento:	31/08/2004
Sexo:	Feminino
Idade:	14
Senha:	FN0016
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3283495 
SAME:	1076593

Período: 29/12/2018 11:09 - 29/12/2018 11:09

MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADA DA UPA NOVA DESCOBERTA. SOFREU ATROPELAMENTO POR CARRO HOJE DE MANHÃ. NÃO VOMITOU, NÃO DESMAIOU. TRAUMA EM MIELO. QUEIXA DE DOR.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/12/2018 11:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Exame Neurológico

Avaliação Primária Altera: Resposta Verbal () Resposta ao estímulo doloroso () Inresponsivo ()

Escola de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta inapropriada 3
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada do Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Destacabrigão 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvia comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sono alterado () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaina () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Ecstasy ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modulada ()
Reanimação Cardiorrespiratória: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intervenção: _____
FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Munir TCE Crânio

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Prescre 29/12/13

Local e data

Daniel Cabral
Ortopedista, Traumatologista
CRM 24.031

Médico Assistente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-2

Maria Luísa T.M. da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.767.370 DATA DE EMISSÃO 16/02/2018

NOME << MARIA LUÍSA TENÓRIO MOREIRA DA SILVA >>

RELIGIÃO << LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA >>
<< EULINA TENÓRIO DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 31/08/2004

BUSCA RENAI << CN 99496 L.AA99 F.196 CART. 150DIST. RECIFE-PE 11.10.2004 >>

CNP 716.704.924-78

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/65

210295912902090118.7934369 F-79 47.256 - 13013



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 6.507.484 DATA DE EMISSÃO 09/11/2016

<< LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA >>

PROTEÇÃO << SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO >>
<< MARIA DAS GRACAS DA SILVA >>

LOCALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 08/01/1986

<< CN.41415 L.38A F.145 CART.3º DIST. RECIFE PE 20.05.2008 >>

071.069.004-51

ASSINADO POR: [Assinatura] ITB

16007831111144535.7152488 F-74 56.302 3023



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Luíza Teófilo Moreira da SilvaDATA DO ACIDENTE 28/10/2018 CPF DA VÍTIMA 316.204.904-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É PAIENDEREÇO DO PORTADOR Rua Uniel da HolandaNº 1355 COMPLEMENTO Al. C. AP. 03 BAIRRO Pinha do TinsCIDADE Recife UF PE CEP 50634-150E-MAIL mlo.zecece@gmail.com TELEFONE (81) 38489.5104

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ INVIABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATADOR DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: O REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/02/2019IDENTIDADE 6.507.484ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/02/2019NOME Fabiane martinsASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211527 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211527 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211527

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

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 Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190211527

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190211527**

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPT da vítima: Nome completo da vítima:

71670492478 Maria Luíza Tenório Moreira da Silva

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

Nome completo: Luiz Henrique da Silva Moreira
Profissão: Selecionador
Endereço: Rua Unil de Helândia
Bairro: Bomfim do Tiro
Cidade: Recife
Estado: PE
CEP: 52131-150
E-mail: não possui
CPF: 07106900451
Número: 1325
Complemento: BL-C AP-3
Tel (DDD): (81) 984895401

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

RENDAS MENSAL:
☒ R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1294 CONTA: 61795 9
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorrido o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174014868**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/12/2018** às
12:25

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **29/12/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 9 -**
Bairro: **PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR / AGENTE)
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (NOTICIANTE)
MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Br(a): SUSPEITO

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

MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: **KULINA TENORIO DA SILVA** Pai: **LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA**
Data de Nascimento: **31/8/2004** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
10747370/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, SL 6 APTO 93**
RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55009-900 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SUSPEITO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**
Data de Nascimento: **8/1/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
6897464/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO**
Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, SL 6 APTO 93**
RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55009-900 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPrev...

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

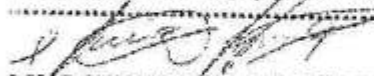
VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN2108 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

AFIRMA O NOTICIANTE QUE É PAI DA VITIMA E QUE A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO EM QUESTAO E QUE O AUTOR ATROPELOU A VITIMA AINDA DEU UMA GURTA PARADA E ARRANCOU O AUTOMOVEI UMA VEZ QUE O ESPELHO DO RETROVISOR DO VEICULO DO AUTOR CHEGOU A CAIR NO LOCAL . A VITIMA TEVE A PERNA QUERRADA E FOI ATENDIDA NA UPA DE NOVA DESCOBERTA E MEDIANTE O CASO FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS . O NOTICIANTE CONSEGUIU VER A PLACA DO AUTOR JUNTAMENTE COM SEU IRMAO O SR EDUARDO LUIS O QUAL É TIO DA VITIMA E AMBOS ANOTARAM A PLACA DO AUTOR, A PROPRIA VITIMA AINDA INFORMOU A AMBOS QUE O AUTOR FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM UM CAMINHAO E ACABOU POR ATROPELAR A VITIMA QUE FICOU AINDA CONSCIENTE NO LOCAL . O NOTICIANTE VEM NESTA CENTRAL DE POLICIA COMUNICAR O FATO E PEDIR PROVIDENCIA . CASO AFETO A DP DO ALTO DO PASCOAL .

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


LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SALOMAO XAVIER GUIMARAES SALES**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E1174004426

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/04/2019** às **10:36**

Complementa o BO Número: **18E1174014868**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/12/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1 - Bairro: PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (NOTICIANTE)
MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EULINA TENORIO DA SILVA Pai: LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA Data de Nascimento: 31/8/2004 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10767370/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, BL C APTO 03 RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO Data de Nascimento: 8/1/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6507484/SDS/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 2°. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, BL C APTO 03 RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

AFIRMA O NOTICIANTE QUE É PAI DA VITIMA E QUE A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO EM QUESTAO E QUE O AUTOR ATROPELOU A VITIMA AINDA DEU UMA CURTA PARADA E ARRANCOU O AUTOMOVEL UMA VEZ QUE O ESPELHO DO RETROVISOR DO VEICULO DO AUTOR CHEGOU A CAIR NO LOCAL . A VITIMA TEVE A PERNA QUEBRADA E FOI ATENDIDA NA UPA DE NOVA DESCOBERTA E MEDIANTE O CASO FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS . O NOTICIANTE CONSEGUIU VER A PLACA DO AUTOR JUNTAMENTE COM SEU IRMAO O SR EDUARDO LUIS O QUAL É TIO DA VITIMA E AMBOS ANOTARAM A PLACA DO AUTOR, A PROPRIA VITIMA AINDA INFORMOU A AMBOS QUE O AUTOR FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM UM CAMINHAO E ACABOU POR ATROPELAR A VITIMA QUE FICOU AINDA CONSCIENTE NO LOCAL . O NOTICIANTE VEM NESTA CENTRAL DE POLICIA COMUNICAR O FATO E PEDIR PROVIDENCIA . CASO AFETO A DP DO ALTO DO PASCOAL .

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**



