



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 45985 / 2019



CÓPIA AUTÊNTICA

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 015A. CIRCUNSCRICAO - ALTO PASCOAL
 Oficio nº. 201/2019 Data 1/11/2019
 ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 015A. CIRCUNSCRICAO - ALTO PASCOAL

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor, do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 06:40 do dia 1 de Novembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA filho(a) de ERONILDES MARIANO DE OLIVEIRA e de ALDEMIRA MARIA DE OLIVEIRA, de cor, NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 49 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado: RG: 3200049, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA SUBIDA PEDRO BRAS, nº 669, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NOVA DESCOBERTA, telefones NÃO INFORMADO, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periclando vítima de acidente de moto em fevereiro de 2019, sofrendo ferimento na cabeça, socorrido ao Hospital Miguel Arraes, liberado, evolui com cefaleia progressiva, meses depois retornou ao Hospital da Restauração, sendo submetido a neurocirurgia, recebendo alta após 9 dias.

Ficha de esclarecimento do Hospital Miguel Arraes
paciente trazido pelo bombeiro, vítima de colisão, consciente, orientado, eufórico no momento sentindo fortes
dores no MSE.

Ficha de esclarecimento do HR
HSDC a direita
PO drenagem HSDC a direita
foi atendido 04/05/2019, data da alta 13/05/2019

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz irregular com limites imprecisos em região parietal direita. Não apresenta nenhum déficit cognitivo ou motor.

Lauda do IML - Lesões corporais



QUESITOS

10) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual é instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º). Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sím. perigo de vida - Hemorragia intra-craniana

4º). Da lesão resultou deformidade permanente; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho; aborto? (especificar)

Não.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Carlos Tinoco, 111 - Casa Amarela - Recife-PE - CEP. 52075-300 - Fone: (011) 3304-4729
Tabela: Maria da Conceição da Costa Lima

AUTENTICACÃO

Atenção a presente cópia imprimegráfica detida desta servente,
que contém com a original, Dou 16,
flacim, 03 de dezembro de 2010 13:09:31

Em testemunho _____ da verdade,

Sale: 0073890, (HP) 11201801, 03570

*Example: If you have \$100,000 in cash, you can invest it in a stock fund or a bond fund. The stock fund has a 10% return, and the bond fund has a 5% return. If you invest all your money in the stock fund, you will have \$110,000 after one year. If you invest all your money in the bond fund, you will have \$105,000 after one year.

CONFIDENTIAL

Página 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. JOAQUIM PEREIRA CAMPOS VIEIRA DE MELLO - CRM-11698.

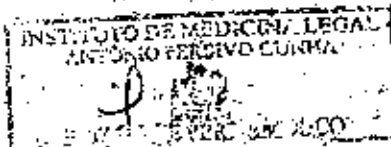


Assinado digitalmente por JOAQUIM PEREIRA CAMPOS VIEIRA DE MELLO, Médico Legista, Matrícula nº 209.655-2, CPF: xxx.357.844-xx, em 01/11/2019 08:33:01.

Polícia Científica
SDS-PE

Autenticidade, integridade e inalterabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.ads.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Perícia
De acordo com a legislação em vigor, foi expedida esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de
do ELIOS ALIANO DE
JOAQUIM PEREIRA CAMPOS VIEIRA DE MELLO
Pelo Oficial Nº 003
Data de 22/11/19
Assinado por Jo



Fundação - Matrícula

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445473/19

Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

CPF: 659.640.474-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: ELIAS MARIANO DE
OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA : 659.640.474-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
CPF: 659.640.474-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 25/01/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 659640474-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 659640474-91
E-mail: 81987498688
Data: 04/12/2019 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: Carlos Inequiano de Lima Costa Matrícula:
Data: Assinatura: [Assinatura]
Agente de Correios
Atividade Comercial
Licença: P-500-298-9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692311 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P4).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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: 3190692311 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P4).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445473/19

Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

CPF: 659.640.474-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA : 659.640.474-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
CPF: 659.640.474-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692311

Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692311

Vítima: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

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

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

A documentação médica anexada, datada de 13/05/2019, emitida pelo Dr. MARCOS ALCINO SOARES SIQUEIRA JUNIOR, CRM nº 26503 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 65964047497 Nome completo da vítima: ELIAS MAURIANO DE OLIVEIRA

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

Nome completo: ELIAS MAURIANO DE OLIVEIRA CPF: 65964047497

Profissão: _____ Endereço: RUA PEDRO BRAS Número: 669 Complemento: _____

Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52081340

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87 987498687

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: 0274 CONTA: 0000872

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: RECIFE 04/12/2019

Nome: ELIAS MAURIANO DE OLIVEIRA

CPF: 65964047497

(*) Assinatura de quem assina a ROG

[Assinatura]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTE 1º | N

CPF: _____

2º | Nome: _____

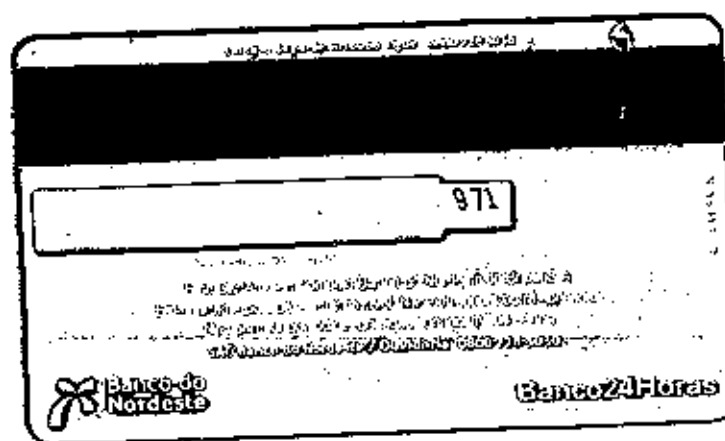
CPF: _____

Assinatura

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
DELEGACIA DE POLICIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL
- DIM/5ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0105001471

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2019** às **10:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **26/2/2019** às **18:24**

Fato ocorrido no endereço: **RUA URIEL DE HOLANDA, 261 - Bairro.**
DESCRIÇÃO: RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Boletim de ocorrência



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

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

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe.
ALDENIRA MARIA DE OLIVEIRA Fil. ERONIDES MARIANO DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 4/1/1970 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
3288049/005/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO
Profissão: BALCONISTA Telefones Celular:
- 085267865

Endereço Residencial: RUA PEDRO BRAZ, 669 - CEP: 55060-006 - Bairro: NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



Cartório do Registro Civil de 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Soares Mendes, 111 - Casa Andréa - Recife-PE - CEP: 52070-900 - Fone: (81) 3304-4792
Tabela: Maria da Conceição da Costa Lima

AUTENTICAÇÃO

Autentica a presente cópia xerográfica extraída desta escritura,
que contém nome e assinatura. Data 16,
Recife, 03 de dezembro de 2019 12:09:31.



7/2019 10:03

Em testemunha

da verdade.

Andréa Gonçalves dos Santos (Substituto)
São: 0073090, JTW11901001,03537

Final: 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019

Consul: 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019 03.2019



VEICULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 100 BROO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDO1026** (PERNAMBUCO-RECIFE) Renavam: **1161701727** Chassi: **002KC2220JR001231**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **DE PROPRIEDADE DE FARIANA VASCONCELOS DOS SANTOS**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELVW/KOBI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MKR2157** (PERNAMBUCO-RECIFE) Renavam: **007608427** Chassi: **00WGG07X66P602282**
Descrição: **DE PROPRIEDADE DE FERNANDO JOSE DA SILVA**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NO VEICULO 01 (MOTOCICLETA) QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO SR. EVERALDO MARIANO DE OLIVEIRA, SEU IRMÃO, QUANDO FOI VÍTIMA DE UMA COLISÃO ENTRE OS VEICULO 01 E VEICULO 02, QUE NÃO SABE PRECISAR EXATAMENTE COMO FOI, POIS FICOU INCONSCIENTE NO MOMENTO DA COLISÃO APENAS QUE ESTAVA SEGUINDO SENTIDO DEBERIDE, QUE FOI ATENDIDO PELO GRUPO DE SOBRITOS (RESCATE) E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS ONDE RECEBEU A FICHA DE ATENDIMENTO NUMERO 466997, E PARA GARANTIA DE SEUS DIREITOS REGISTROU ESTE BO.

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

[Assinatura]
ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HERMES ENÉAS COUTINHO NETO** - Matrícula: **127784-2**

Certório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Dantas Mendes, 111 - Casa Amarela - Recife/PE - CEP: 52070-300 - Fone: (51) 3204-4720
Tabela: Maria da Conceição da Costa Lima

AUTENTICAÇÃO
Autentica a presente cópia reprográfica extinta desta certidão, que confere com o original, Dou fé,
Recife, 03 de dezembro de 2019 13:08:30.

Em testemunho _____ da verdade,
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
Selo: 0073890.QJC11201901.03535
Impr: 03 2019 13:08 30

[Assinatura]
www.gpe.org.br





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000769 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA, 49 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3200049 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 659.640.474-91, residente à SUBIDA PEDRO BRAZ, nº 669, CASA, NOVA DESCOBERTA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 25/02/2019, por volta das 18:24 hs, no endereço: RUA URIEL DE HOLANDA, 261, LINHA DO TIRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMIONETA KOMBI BRANCA KKR2157-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 659.640.474-91 e Registro Geral nº 3200049, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940444-9 GLEYBSON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 466997. Ficou aos cuidados do médico CLEDILSON, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000769

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

Comprovante de residência



RE-49-CASA AMARELA, PE
RUAPADRE LEMOS
CASA AMARELA
RECIFE, PE
52070200

NUM 293

Data de Expedição: 24/08/2017

24164 / 002728 BolM,RT



12598310456 80 03 27639

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

R PEDRO BRAS NUM 0000669

LARGO DONA REGINA

NOVA DESCOBERTA

RECIFE - PE

52081340

38

JK637736231BR



27639A065515-5229



PROGRAMA

Bolsa Família

MIRIAM ANDRADE
1087854321 4 00

80700



MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

CAIXA

caixa.gov.br

Ouvindoria CAIXA 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva

0800 726 2492

Informações, reclamações, sugestões e Elogios

0800 726 0101

SAC CAIXA

Informações sobre os benefícios sociais

0800 726 0207

Atendimento CAIXA ao cidadão

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 466997 Prontuário: 123345 SAME: 110171 Hora Atend: 20:14 Data Atend: 25/02/2019
Paciente..... : ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA Idade: 49 a
Endereço..... : SUBIDA PEDRO BRAS
Bairro..... : NOVA DESCOBERTA
Cidade..... : RECIFE
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA UF.: PE CEP: 52081340
CID Principal..... : - Plano.: PLANO UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 26/02/2019 Hora Saída : 01:00

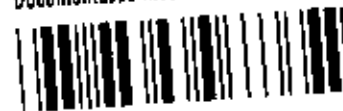
Prestador da Evolução Médica

PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DIAGNOSTICO

ENFª ROBERTA

Documentacao medico - hospitalar



PLANTONISTA CIRURCIA GERAL / 12347
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 466997

Senha da Classificação:

0039

Data e Hora: 25/02/2019 20:14

Paciente: 123345 ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/01/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ALDEMIR MARIA DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: SUBIDA PEDRO BRAS

669

Bairro: NOVA DESCOBERTA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

21h20

Queixa Principal

Paciente vítima de lesão no membro superior direito admitido em emergência com fratura de rádio e ulna + mão, fratura de fêmur do membro inferior direito.

Exame Físico

Admissional, sem deformidade no membro superior direito.

Hipótese Diagnóstica

Lesão traumática - fratura

Prescrição Médica

① Soluto Rivotril 5

② Tranquilol 100 mg + 50 mg 2x2

③ Analg

Dr. João Roberto Fereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.728

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

☒ Residência

() Transferido: Para

Senha:

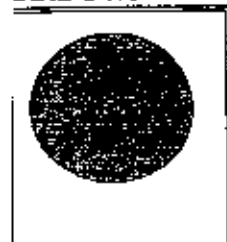
() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/02/2019 20:11



Nome Paciente: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 123345
Data de Nascimento: 04/01/1970
Sexo: Masculino
Idade: 49
Senha: 0039
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 466997
SAME: 110171

Período: 25/02/2019 20:22 - 25/02/2019 20:24

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

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. TRAZIDO PELO BOMBEMBEIRO, VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MSE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

**REVISADO
METR HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (☒) Não ()

Local

Cledilson da Hora

Enfermeiro

**FATURADO
04/03/19
Ana Pinheiro**

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

Data Impressão: 25/02/2019 20:24

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA	PRONTUÁRIO: 1668871	ATENDIMENTO: 01421820
DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1970	FOI ATENDIDO EM: 04/05/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 13/05/2019 ÀS 18:04	

Diagnóstico Provável:

- HSDC A DIREITA
- PO DRENAGEM HSDC A DIREITA (04/05/19)

Tratamento Realizado:

- PO DRENAGEM HSDC A DIREITA (04/05/19)

Observação:

- REALIZAR LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA DIARIAMENTE, COM ÁGUA E SABÃO OU ÁLCOOL A 70%;
- RETIRAR PONTOS DA FERIDA APÓS 10 DIAS DA ALTA;
- RETORNAR AO AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA EM 15 DIAS APÓS A ALTA;
- ATENÇÃO AOS SINAIS DE ALARME: CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA) INTENSA, VÔMITOS, CRISES CONVULSIVAS, SONOLÊNCIA E/OU REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR EM ALGUMA PARTE DO CORPO;
- REPOUSO E AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 60 DIAS;
- FISIOTERAPIA MOTORA;
- FONOTERAPIA.

Encaminhado para:

- ENCAMINHADO PARA O AMBULATÓRIO DO DR. KAUE FRANKE 15 DIAS APÓS A ALTA (AGENDAR NO TÉRREO DO HR, SETOR DE AMBULATÓRIOS OU NA SECRETARIA DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA COM PERMINEA).
- ENCAMINHADO A FISIOTERAPIA MOTORA.
- ENCAMINHADO A FONOAUDIOLOGIA.

Marcos Alcino Soares Siqueira Junior
CRM: 26503

MARCOS ALCINO SOARES SIQUEIRA JUNIOR - CRM: Nº.26503

Recife, 13, MAIO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.200.049

DATA DE
EXPEDICAO

26/09/2010

NOME

<< ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA >>

FILIAÇÃO

<< ERONIDES MARIANO DE OLIVEIRA >>

<< ALDEMIRA MARIA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

04/01/1970

DOC. ORIGEM

<< CN.119703 L.123 F.96V CART.DIST.

GRAÇA RECIFE-PE 16.02.1973 >>

CPF

0120 110001975

ASSINATURA DO DETENTOR

59640479-91

F-41 72.299

-4422

Documentos de identificação



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO JAVANES RUIZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

659.640.474-91

Nome

ELIAS MARIANO DE OLIVEIRA

Nascimento

04/01/1970

CÓDIGO DE CONTROLE

7D21.A8AE.0446.3307



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:57:49 do dia 18/10/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO