



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463157/19

**Vítima:** GIDEAO CARLOS DE MORAIS

**CPF:** 118.568.134-52

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2019

GIDEAO CARLOS DE MORAIS

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

### GIDEAO CARLOS DE MORAIS : 118.568.134-52

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](http://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: 20/12/2019  
Nome: ALEXANDRO GREGORIO  
CPF: 008.154.394-82

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ALEXANDRO GREGORIO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190713668      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIDEAO CARLOS DE MORAIS      **Data do acidente:** 16/09/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P5

**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:** 3190713668      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIDEAO CARLOS DE MORAIS      **Data do acidente:** 16/09/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P5

**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



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

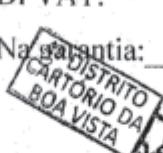
### OUTORGANTE:

Nome: GIDEÃO CARLOS DE MORAES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: MOTO FRENTISTA  
RG: 880298805 PE CPF: 118.568-139.52  
Endereço: RUA S SÉVERINO N° 105 CAVALCÍERO JABOTATÃO  
CEP: 54260-020

OUTORGADA: ANA KÁTIA ARRAES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 45.802, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 16.945, com endereço eletrônico: katia.arraes.advocacia@gmail.com com escritório profissional localizado a Rua José de Alencar, 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife, Pernambuco e **ALEXANBDRO GREGÓRIO**, RG nº. 5.326.264 SSP/PE, CPF nº 008.154.394-84, com endereço profissional localizado na Rua França, nº 215-B, Sucupira, Jaboatão dos Guararapes.

PODERES: Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.

Na garantia: INVALIDEZ, Data do Sinistro: 16/09/2019



Local, Recife 25 de setembro de 20 19.

(Reconhecer Firma por autenticidade)

Drº. Kátia Arraes OAB/PE nº 45.802 -D  
Escritório: Rua José de Alencar, nº 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife-PE,  
CEP 50070-030, Fones: (81) 9719-6622, email: katia.arraes.advocacia@gmail.com

Aldaiça Kelle

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS-RUA  
Gervasio Pires nº 212  
Reconheço por Autenticidade a firma  
indicada de  
GIDEAO CARLOS DE MORAIS  
Recife, 04 de Novembro de 2019. Em  
test. da verdade.  
Aldaiça Kelle do Nascimento (Escrevente  
Autorizada)  
Emol.: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,40  
FUNSEG R\$ 0,20 FERC R\$ 0,08 ISS R\$ 0,04  
Total R\$ 4,91  
Válido somente com o selo  
0075101.NOT09201901.09381



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463157/19

**Vítima:** GIDEAO CARLOS DE MORAIS

**CPF:** 118.568.134-52

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2019

**Titular do CPF:** GIDEAO CARLOS DE MORAIS

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

### GIDEAO CARLOS DE MORAIS : 118.568.134-52

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](http://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: 20/12/2019  
Nome: ALEXANDRO GREGORIO  
CPF: 008.154.394-82

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ALEXANDRO GREGORIO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190713668**

**Vítima: GIDEAO CARLOS DE MORAIS**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRO GREGORIO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GIDEAO CARLOS DE MORAIS**

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

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

---

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190713668**

**Vítima: GIDEAO CARLOS DE MORAIS**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GIDEAO CARLOS DE MORAIS**

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 16/09/2019, emitida pelo Dr. MARCELO SILVA, CRM nº 26704 - PE, da Instituição UPA IMBIRIBEIRA, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  118-568-134-52 GI DEAO CARLOS DE MORAIS

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

5 - Nome completo:  GI DEAO CARLOS DE MORAIS  6 - CPF:  118-568-134-52  
 7 - Profissão:  RECUSO  8 - Endereço:  RUA SEVERINO  9 - Número:  105  10 - Complemento:  CASA  
 11 - Bairro:  CAVALEIRO  12 - Cidade:  JABOTATÁO  13 - Estado:  PE  14 - CEP:  54260-020  
 15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  28894 CONTA:  42.822  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora 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;
- 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 do 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não  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 (vel/nascor)?  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/beneficiário  
devidamente  
identificada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

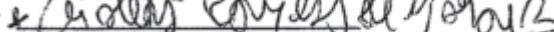
38 - 1º | Nome:   
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:   
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  18 de outubro de 2019.



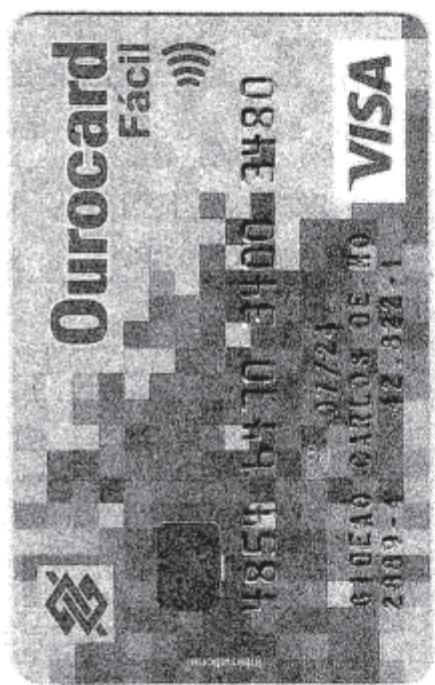
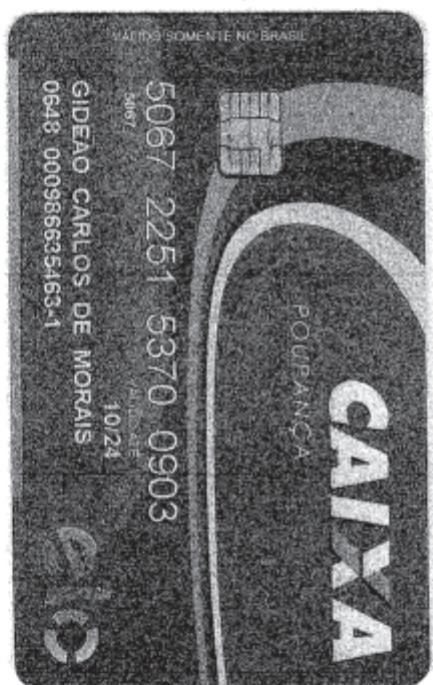
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099002798

568183

0463157/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **15:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **16/9/2019** às **22:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 01, SEMAFORO DA AV: RECIFE COM RUA RAIMUNDO DINIZ** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MARTELINHO DE OURO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ENOQUE ( AUTOR \ AGENTE )  
GIDEÃO CARLOS DE MORAIS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
ENOQUE

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

**GIDEÃO CARLOS DE MORAIS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCIA FRANCISCO DA SILVA MORAIS** Pai: **LUIZ CARLOS DE MORAIS** Data de Nascimento: **8/9/1994** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8802980/SDS/PE (RG), 11856813452 (CPF), 05682310233 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 987392793**

Endereço Residencial: **RUA SAO SEVERINO, 105, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO DA COLINA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A MECEARIA DE PIXITO**  
Endereço Comercial: **RUA POTIRETAMA, 23 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO CLUB DEZ DE NOVEMBRO**

**ENOQUE (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **XXXXXXXX** Pai: **XXXXXXXX** Data de Nascimento: **1/5/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

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

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GIDEÃO CARLOS DE MORAIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ENOQUE**  
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Descrição: **ACIDENTE DE VEÍCULO COM VÍTIMA NÃO FATAL**

## Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 16 DE SETEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 22:40 HS. QUANDO DIRIGIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA , MODELO XRE 300 CILINDRADA, COR BRANCA, PLACA OYY 8123, NA AV: RECIFE E PASSAVA PELO SINAL DE COR VERDE ( ABERTO ), QUANDO UM VEÍCULO DE MARCA CHEVOLET, MODELO SPRIN, PLACA PDG 2099, COR BRANCA, DIRIGIDA PELO SR. ENOQUE, QUE NESTE MOMENTO QUEIMAVA O SINAL. DEPOIS DO ACIDENTE, FOI AO CHÃO JUNTO COM A MOTO, QUE O VEÍCULO SE ENCONTRA EM UMA OFICINA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO O SAMU, PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA, SENDO ATENDIDO PELO MÉDICO DR. MARCELO SILVEIRA, COORDENADOR, QUE ANUCIOU O DIAGNOSTICO DE DOR AGUDA. PELO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.**

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

**GIDEÃO CARLOS DE MORAIS  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  118-568-134-52 GIDEÃO CARLOS DE MORAIS

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

5 - Nome completo:  GIDEÃO CARLOS DE MORAIS  6 - CPF:  118-568-134-52

7 - Profissão:  RECUSO  8 - Endereço:  RUA SEVERINO  9 - Número:  105  10 - Complemento:  CASA

11 - Bairro:  CAVALEIRO  12 - Cidade:  JABOTATÁO  13 - Estado:  PE  14 - CEP:  54260-020

15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.000 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)  Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  2889-4 CONTA:  42.822  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 do 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não  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 (vel/nascor)?  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/beneficiário  
devidamente  
identificada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  18 de outubro de 2019.

*RECUSO  
& Gideão Carlos de Moraes*

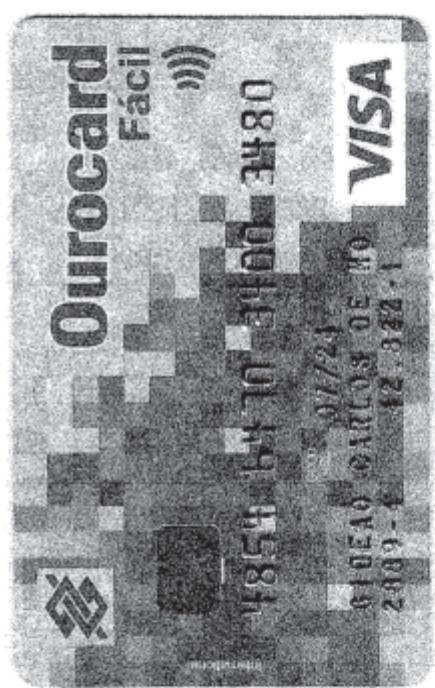
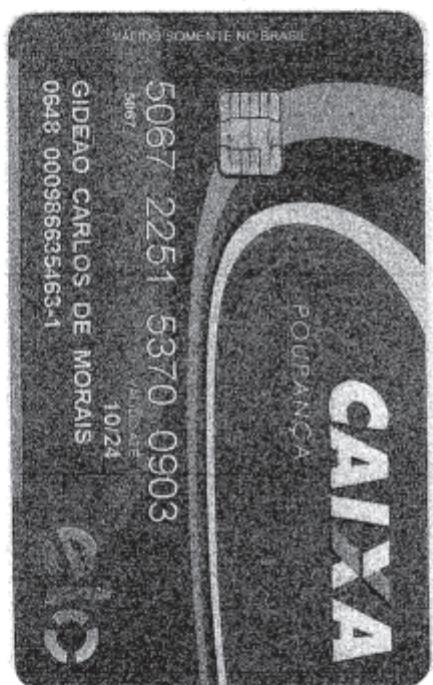
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

<b>Nº DA</b>	082.10.2019
<b>DATA</b>	23.10.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **GIDEÃO CARLOS DE MORAIS**, portador do Documento de Identidade nº **8802980** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **118.568.134-52**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-682114**, que no dia 16 de setembro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel com moto, por volta das 22h12, na Avenida Recife, antes da Padaria Vila do Pão, no bairro Ipsep, Recife/PE e direcionado para a UPA Imbiribeira.  
Recife, 23 de outubro de 2019.

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

*Sérgio Parente Costa*

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

**SAMU METROPOLITANO DO RECIFE**

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450







Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50010-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | insc. Est 0005943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

植物细胞壁与毛孔隙性

ALEXANDRO GREGORIO  
PXA ANTENA DA OI

CPF: 008 154 394-82 NIS: 2061453065

EL ALBERCA  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

卷之三十一

RUAS FRANÇA 2151

SUCUPIRA/CAVALEIRO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54.280-410

CONTA CERTIFICADA  
2791696014  
DATA DE VENCIMENTO  
20/12/2019  
VALIDADE  
11/01/2020  
90.9

1148251  
THE BIBLE IN ENGLISH

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Controle Ilum. Pública Municipal

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,25268880	7,58
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,43314309	30,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	40,000000	0,84971484	31,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,07
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,51
ICMS_Subvenção-CDE-INF 080537934-11/10/13			0,58
ICMS_Subvenção Bárba Renda			1,35
Multa por atraso-NF 085281300 - 10/06/13			1,41
Juros por atraso-NF 085281300 - 10/06/13			3,51
Abatização IGPM-INF 085291300 - 10/06/13			0,80

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCA

Nº DO MEDEIROR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3190432156	CAT	12-11-2018	705,00	14-12-2019	934,00	32	- 1,00000		149,00

www.english-test.net

Phenylalanine Tyrosine Tyrosine- $\alpha$ -Methyltyrosine

## **DECLARAÇÃO**

Número de Boletim	76060
Local:	AV. RECIFE - IPSEP
Data:	16/09/2019
Hora:	22:30
Veículo(s) de Placa(s)	PDG 2099 - OYY 8123 - - -
Natureza do acidente	Abalroamento Transversal
Vítima(s):	GIDEÃO CARLOS DE MORAIS - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 18 de setembro de 2019

**Fabiano Ferraz**  
*Diretor de Trânsito*

A rectangular stamp with a black border. Inside, the word 'OCTTU' is written in a bold, sans-serif font, with a small 'O' that has a horizontal line through it. Below it, the text 'AUTENTICAÇÃO PELA ETIQUETA' is written in a smaller, regular font. In the bottom right corner of the stamp, there is a handwritten signature. In the bottom right corner of the stamp area, the text 'Maior N.º 0688-6' is printed. At the very bottom of the stamp, the word 'Lote' is printed above the word 'Read'.

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260  
CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81)3232.5328  
Email: [cttu@recife.pe.gov.br](mailto:cttu@recife.pe.gov.br)

Tempo da Doença \*

1 Horas

Acesso à UPA \*

Espontânea

Nível de Consciência \*

Vigil / Alerta

Vulnerabilidade Social \*

Ausente

Queixa Principal / História:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE EVOLUINDO COM ESCORTAÇÕES EM MEMBROS E DOR EM REGIÃO DO OMBRO ESQUERDO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VOMITOS.

## ANTECEDENTES:

Infecção Orofaringe:  Alergia:  Diabetes Mellitus:  Hipertensão Arterial:  Doença Pulmonar:   
 Doença Cardiovascular:  Nefropatia:  Tabagismo:  Dislipidemia:  Alcoolista:  Medicamento:   
 Observações:

## EXAME FÍSICO

EG Bom	Hidratado	Anictérico	Seis Edemas	Corado
Nutrido	Eupnéica		Afebril	Aclanótico

## Avaliação Cardio Vascular

Observações:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

## Avaliação do Aparelho Respiratório

Observações:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

## Avaliação Neurológica

Observações:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

## Avaliação Aparelho Digestivo

Observações:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

## Avaliação Aparelho Locomotor

Observações:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

## Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

SGU:  Não Examinado:  Normal  Alterada:  
 ORL:  Não Examinado:  Normal  Alterada:  
 Pele:  Não Examinado:  Normal  Alterada:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	TEMP	SAT02	HGT
------------	-----	-----	----	----	--------	------	-------	-----

CONAS  
Médico Responsável: TARCIZIO BRITO SANTOS  
MÉDICO DE CONSULTA: TARCIZIO BRITO SANTOS  
Dr. Marcelo Silveira  
MÉDICO DE CONSULTA: Dr. Marcelo Silveira

Cremepe: 26704

Prescrição: 1798132 Data: 16/09/2019 23:17  
Usuário....: TARCIZIOBB  
Alandimento: 1276634 Dt Nasc: 08/09/1994 (25a 0me 12d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação: 16/09/2019 23:00 0 Dias(s) Int  
Médico.....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: R520 DCR AGUDA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco: URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: TARCIZIO BRITO SANTOS% - CRM - null - 26704  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



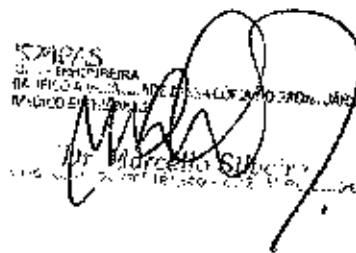
### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULOURMERAL ESQUERDA A.P / PERFIL / AXIAL ; Exame: 3260BB	1					[16/09] 23:17

DR. MARCELO S. DE SOUZA  
CRM: 26704  
MÉDICO DE ATENDIMENTO  
AMBULATORIO  
UPA IMBIRIBEIRA



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Prescrição.: 1798144 Data: 17/09/2019 00:20  
Usuário.: JORGEFAS  
Atendimento: 1278634 Dt Nasc: 08/09/1994 (25a 0m 12d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS  
Peso.....: Altura: Sup. Corporeo:  
Internação.: 18/09/2019 23:00 1 Dose(s) Int  
Médico...: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid...: R520 BOR AGUDA Cida.:/  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24867  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1<sup>a</sup> VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Cid	Unidade	SN	Ap1	Frequência	Datas/Horários
1 CURATIVO ADULTO					Agora	

Dr. Marcelo JCS  
UPA Imbiribeira - SUS - RJ  
Medico Eletronico

## RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 17/08/2018 02:55:00

IDENTIFIED

NOME: GIDEAO CARLOS DE MORAIS

EDADE: 25 Años  
SEXO: Hombre  
PESO: 70 kg

**Data de Nascimento:** 20/01/1980

DATA DE ATENDIMENTO: 16/08/2012 09:00:00

#### COMMERCIAL MASTERS

604 FÉLIX DE

PLANO: PLANO UNIDO

## DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

#### DIAGNÓSTICOS) SECUNDARIOS

DIAGNÓSTICO INICIAL

БИБЛІОГРАФІЧНА СТАНДАРТИЗАЦІЯ

MOTIVO DA ALTA: ALTA ARTE NOVAMER.

## PROCEDIMENTO DE ALTA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

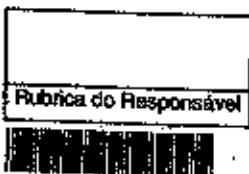
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcelloics

Prescrição.: 1700131 Data: 16/09/2019 23:16  
Usuário.: TARCIZIOBS  
Atendimento: 1276634 Dt Nasc: 08/09/1994 (26a 0m 12d)  
Convênio.: SUS - AMBULATORIO  
Paciente.: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS  
Peso.....: Abra: Sup. Corporea:  
Internação.: 16/09/2019 23:00 0 Dia(s) Int  
Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: R520 DOR AGUDA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: TARCIZIO BRITO SANTOS% - CRM - null - 26704  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



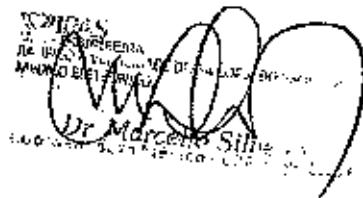
### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

	Otd	Unidade	SN	Ad	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOLINJ. 1G - 2ML	1 AMP		IV	Agora	16/09 23:16
	> ESCALPE N. 21	1 UN				
	> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1 UN				
	> AGUA BIDESTILADA SOLINJ.	1 AMP				
	10ML					
	> SERINGA DESCARTAVEL 10	1 UN				
	CC S/ AGULHA					



Dr. Marcelo Silveira  
Médico de Família - CRM - 26704