

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CÂMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME GIDEÃO CARLOS DE MORAIS		DOG IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF 8802980 GDS PE			
		CPF 118.568.134-52		DATA NASCIMENTO 08/09/1994	
FILIAÇÃO LUIZ CARLOS DE MORAIS LUCIA FRANCISCO DA SILVA		VA			
PERMISSÃO 		ACC 		CAT. HAB. 	
1ª REGISTRO 02692310233		VALIDADE 33/05/2033		2ª HABILITAÇÃO 04/01/2013	
OBSERVAÇÃO EAR					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 25/05/2018			
					
Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente					
ASSINATURA DO EMISSOR					
PERNAMBUCO					

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1676420653

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1676420653

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA SAUDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1421931354

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421931354

NOME
ALEXANDRO GREGORIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5326264 SSP PE

CPF
008.154.394-82

DATA NASCIMENTO
17/10/1978

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

MARIA DE LOURDES GREGO

RIO

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05547108889

VALIDADE
12/04/2022

1ª HABILITACAO
24/07/2012

OBSERVAÇÕES

MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSAO
17/04/2017

Charles Andrew Souza Ribeiro
Diretor Presidente

57309335266
PE078569109

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

DE FICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE Nº 014669369900
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 998126004 COD. RENAVAM 998126004 EXERCÍCIO 2019

LUCIA FRANCISCO DA SILVA MORAIS

IAB GUARARAPES-PE

216.445.354-91 PLACA OY8123

PLACA INT/UF 9C2ND1110ER011941

PA3 MOTOCICLETA

HONDA/XRE 200 MARCA/MODELO

2R/291CI CAP/PO/CL CATEGORIA PARTIC BRANCA

12VA 2019 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 23/01/19

AL. FID. BV FINANÇEIRA SA C F T

IAB GUARARAPES-PE 07/08/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO: SEGURO DPVAT

PE Nº 014669369900 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCIA FRANCISCO DA SILVA MORAIS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

IAB GUARARAPES-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 07/08/19

216.445.354-91 PLACA OY8123

998126004 HONDA/XRE 200

2019 09 9C2ND1110ER011941

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.08

CUSTO DO SEGURO (R\$) 84.58

DATA DE QUITAÇÃO 23/01/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CPNJ 06.468.804/0001-02

DESSAQUE E GARANTE O BILHETE DPVAT. FINE NÃO FINE POWER OBRIGATORIO

MAI-2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463157/19

Vítima: GIDEAO CARLOS DE MORAIS

CPF: 118.568.134-52

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: GIDEAO CARLOS DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 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 MORAIS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MOTOFRENTISTA
RG: 880298 SOS PE CPF: 118.568.134.52
Endereço: RUA S SEVERINO Nº 105 CAVALHEIRO JABOATÃO
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 n.º 5.326.264 SSP/PE, CPF n.º 008.154.394-84, com endereço profissional localizado na Rua França, n.º 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



Gideão Carlos de Moraes

Local, Recife, 25 de novembro de 20 19.

(Reconhecer Firma por autenticidade)

Dr. Kátia Arraes OAB/PE n° 45.802 - D
Escritório: Rua José de Alencar, n° 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife-PE,
CEP 50070-030, Fones: (81) 9719-6622, email: katia.arraes.advocacia@gmail.com

Aldaiza 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.
Aldaiza 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

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIDEAO CARLOS DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 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

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2899 4 CONTA: 42.822 1

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não é obrigatória

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

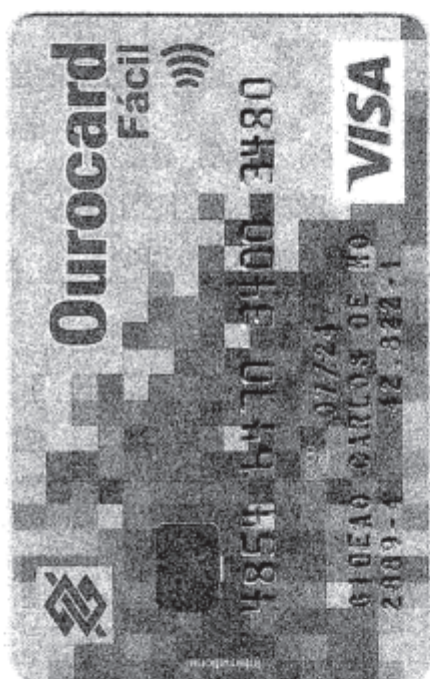
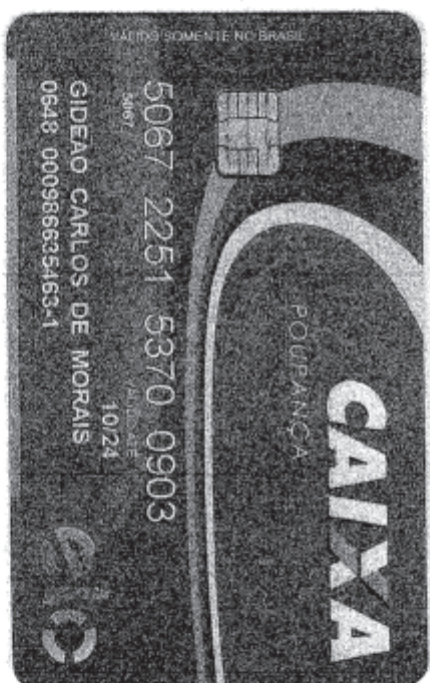
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de dezembro de 2018.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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 - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/9/2019** às **22:40**

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

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, PROXIMO 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: **XXXXXXXXXX** Pai: **XXXXXXXXXX** 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)

Gideão Carlos de Moraes

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2899 4 CONTA: 42.822 1

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não é obrigatória

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

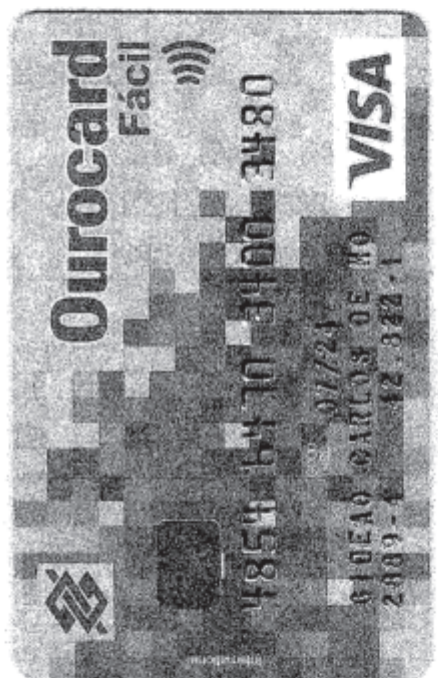
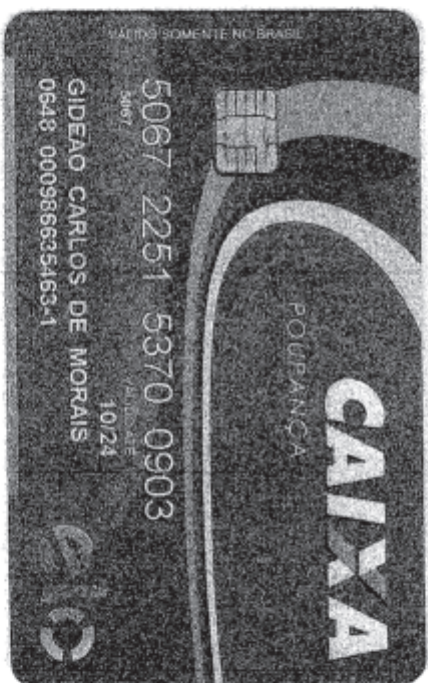
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	082.10.2019
DATA	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

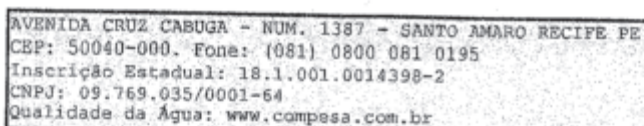
SergioParenteCosta

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



Escritório: JANGADINHA

DADOS DO CLIENTE

KASPER & COLEMAN

05641465.7

10/2019-7

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05641465.7

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

1501RUC-DPLA 4/25/2014

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

A **100% Satisfaction**
A **Guaranteed Price**
A **Unlimited Service**
A **Free Estimate**
A **No Hidden Fees**
A **Free Consultation**
A **Free Inspection**
A **Free Assessment**

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. Coli

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. DELA PORT.
MS 2.914/11

ANÁLISES
REALIZADAS

**ATENDEN A
ESPERANÇAS**

104 104 104

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE AGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

JUIROS DE MORA 08/2019

8 M3

9, 22

0,18

0,03

PIS	9,22	1,65	0,15
COFINS	9,22	7,60	0,70

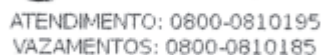
VERIFICATO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR:

9.43

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/12/2019



Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

1854100a

05641465.7

10/2019-7

VENCIAMENTO: 15/12/2019

TOTAL 4 PAGES:

9.43

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20191056414657

Escritório: JANGADINHA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

LUCIA FRANCISCA DA SILVA

R S SEVERINO, N. 00105 - CAVALEIRO JABOATÃO DOS GUARARAPES PE 54260-020

INSCRIÇÃO: 342.592.245.0268.000

GRUPO: 18

MATRICULA:

05641465.7

10/2019-7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05641465.7

RESIDENCIAL

ASSINADO POR: ASSINADO

LIGADO	POTENCIAL	PRIMAVERAL	QUALIDADE DE ECONOMIA	INDUSTRIAL	MÚLTIPLO
AL6S260529	DATA DE INÍCIO: 14/10/2019	DATA DE FIM: 13/11/2019			
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 273		LEIT. ANT.: 0			
LEIT. ATUAL: 281		LEIT. ATUAL: 0			
LEIT. FAT.: 281		LEIT. FAT.: 0			
CONSUMO: 8		VOLUME: 0			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11			
09/2019 9/		ANÁLISES REALIZADAS			
08/2019 8/		ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO			
07/2019 8/		TURBIDEZ			
06/2019 8/		COR APARENTE			
05/2019 8/		CLORO RESIDUAL			
04/2019 9/		COLIFORMES TOTAIS			
MÉDIA 8/ 0		E. Coli			
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

9,22

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,18

JUROS DE MORA 08/2019

0,03

PIS 9,22

1,65

0,15

COFINS 9,22

7,60

0,70

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR:

9,43

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/12/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA:

05641465.7

10/2019-7

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR:

9,43

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CONTA CONTABILIZADA	NUMERO
2791696014	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
20/12/2019	11/01/2020
TOTAL A PAGAR R\$	
	90,96

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 KVAh	30,00000000	0,25288880	7,58
Consumo Ativo superior a 30 até 100 KVAh	70,00000000	0,43314309	30,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 KVAh	48,00000000	0,84971484	31,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,07
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 080537924-11/10/19			0,58
ICMS Subvenção Bacia Renda			1,35
Multa por atraso-NF 065281300 - 10/08/19			1,47
Juros por atraso-NF 065281300 - 10/08/19			3,57
Atualização IGPM-NF 065281300 - 10/08/19			0,80

90.96

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3196102156	CAT	12-11-2018	785,00	14-12-2019	934,00	32	1,00000		148,00

[illegible][illegible]

EM ATÉ 15 DIAS, GÊNTOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Univento	Di reavivac	Univento	Univento	Univento
----------	-------------	----------	----------	----------

Adicionalmente, garante o fornecimento (Resolução ANEP/114/02/10), de bens, produtos, serviços prestados e tributos de exatidão e elevação, para

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

Abaloamento 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 **CTTU**

AUTENTICAÇÃO PELA CTTU

Ass. Resp

Mat. N° 0688-6

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

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 ESCORIAÇÕES EM MEMBROS E DOR EM REGIÃO DO OMBRO ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

ANTECEDENTES:

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

EXAME FÍSICO

EG Bom

Hidratado

Anictérico

Sem Edemas

Corado

Nutrido

Eupnéico

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 SATO2 HGT

Médico Responsável: **MARCELO BRITO SANTOS**

Crepepe: 26704

Dr. Marcello Silveira

Prescrição: 1798132 Data: 16/08/2019 23:17

Usuario.....: TARCIZOBB

Alendimento: 1276634 Dt Nasc: 03/09/1994 (25a dia 12d)

Convênio...: SUS - AMBULATORIO

Paciente...: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS

Peso.....; Altura: Sup. Corporal:

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:

Protocol:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... TARCIZO BRITO SANTOS% - CRM - nº - 29704
FUNÇÃO: MEDICO(A)

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1º VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES BIAGEN

EXAMES IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data/Horário
1	RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P / PERFIL / AXIAL ; Exame: 328088	1					16/09 23:17

SECRET
S. E. - EMPLEADA
DE OFICINA DE APOIO ADMINISTRATIVO
Município de São Paulo

[Handwritten signature]

Dr. Adelson Siqueira
Vice-Secretário de Administração e Planejamento

Prescrição.: 1798144 Data: 17/09/2019 00:20

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1278634 Dt Nasc: 08/09/1994 (25a On 12d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 18/09/2019 23:00 1 Dias(a) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: R520 DOR AGUDA Cid.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

1 CURATIVO ADULTO

Cid	Unidade	SN	Apí	Frequência	Datas/Horários
-----	---------	----	-----	------------	----------------

Agora

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÓDULO DE PRESCRIÇÃO

Dr. Marcello JCS

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 17/09/2019 07:55:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GIDEAO CARLOS DE MORAIS

RG:

PESO:

IDADE: 25 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento:

08/09/1994

PRESTADOR ASSISTENTE:

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 16/09/2019 23:00:24

ATENDIMENTO: 1276634

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVENIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

R520 - DOR AGUDA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

R520 - DOR AGUDA

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

R520 - DOR AGUDA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA IMBIRIBEIRA
MARCELLO SILVEIRA
Dr. Marcello Silveira

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_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

Prescrição.: 1708131 Data: 16/09/2019 23:16

Usuário.: TARCIZOBS

Atendimento: 1276834 Dt Nasc: 08/09/1994 (26a 0m 12d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 394104 - GIDEAO CARLOS DE MORAIS

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

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 DOR AGUDA Cdo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: TARCIZO BRITO SANTOS% - CRM - null - 26704

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data/Horário
1 DAPIRONA SODICA SOLINJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	16/09/2019 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. Marcello JCS
CRM - null - 26704