
Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678595

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIO FRANCISCO DE MELO 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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678595

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001650-0

Conta: 000010029458-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: Nome completo da vítima:

711.295.104-68

Mário Francisco de Melo Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Mário Francisco de Melo Oliveira CPF: 711.295.104-68

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Lauriano Número: 400 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Orobo Estado: PE CEP: 55.745-000

E-mail: cleide.marques@yahoo.com.br Tel.(DDD): 081-9.9993-2863

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

RENDA 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: 1650 0 CONTA: 29.458 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____ Autorização de pagamento

AGÊNCIA: _____
(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, Orobo, 22/11/2019

Nome: Mário Francisco de Melo Oliveira

CPF: 711.295.104-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Francisco de Melo Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

14/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:10:21
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA POUPANCA
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: MARIO F MELO OLIVEIRA

AGENCIA: 1650-0 CONTA : 29.458-6 VAR: 51

DATA : 14/11/2019

NR. DOCUMENTO 165074226131021

VALOR DINHEIRO 10,00

VALOR TOTAL

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 00000001

NR. AUTENTICACAO B.CBF.F02.69E.293.880

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Conta Poupança



JP
coba



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ -
DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0211000696

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2019** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/9/2019** às **14:00**

Natureza Jurídica: **COLISÃO DE VEÍCULOS/MOTO E CARRO**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, PE 88, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ** - Bairro: **CENTRO** - **OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DE TONHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PE 88, SÍTIO LAUREANO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
THAIS DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (VITIMA)

Boletim de ocorrencia



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

Relatório

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ADALGIZA MACELINO DE MELO OLIVEIRA** Pai: **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO** Data de Nascimento: **27/3/1978** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3842157/SDS/PE (RG), 71129510468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81985664238**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, MINI CAMPO DE FUTSAL**

THAIS DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SANDRA MARIA DA SILVA** Pai: **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8748704/SDS/PE (RG)** Estado Civil:



CASADO(A) Escolaridade: 2°. GRAU COMPLETO Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: - 8199018057

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, SITIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO CAMPO DE FUTSAL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OROBO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAIS DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGP0856** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **204568919** Chassi: **902KDO810AR014498**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO DE COR PRETA HONDA/NXR150BROS MIX ESD, PLACA KGP0856**

VEICULO CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGS2726** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **VEICULO GOL BRANCO DE PLACA PGS2726**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 01/09/2019, ÀS 1400 HORAS APROXIMADAMENTE, NA PE 88, SITIO LAUREANO, PROXIMO AO BAR DE TONHO DE CADUDA, ZONA RURAL DE OROBO, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO HONDA DE PLACA KGP0856, DE COR PRETA; QUE AO REALIZAR UMA MANOBRAS NA PE 88, PARA SEGUIR EM DIREÇÃO AO MUNICIPIO DE BOM JARDIM, SUA MOTO COLIDIO COM O VEICULO GOL DE COR BRANCA, PLACA PGS2726, DE CONDUTOR DESCONHECIDO; QUE O SAMUR FOI ACIONADO POR POPULARES; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL SÃO SEVERINO TAVORA EM OROBO E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DO TRAUMA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, CONFORME APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS DE ATENDIMENTOS. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

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

Mario Francisco de Melo Oliveira
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
(VITIMA)

2 de 3

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.htm
121ª Circunscrição

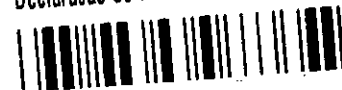


univ

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000010029458-8

Nr. da Autenticação F74287AFD721033B

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Mário Francisco de Melo Oliveira

RG nº 3.842.157, data de expedição 24/09/2008, Órgão SDS/PE

CPF nº 711.295.104-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Laureano</u>
Número	<u>400</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Orobo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55 745-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9.9993-2863</u>
E-mail	<u>clayde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobo, 14 de novembro de 2019.

Assinatura do Declarante: X Mário Francisco de Melo Oliveira



NOTA FISCAL : FATURA - COMA DE ENTROVA ELASTIC

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-802
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-40 | www.ceppe.com.br

DADOS DO CUENTE

JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAURIANO 400

CPF: 280 657 444-15

ZONA RURAL OROBO/OROBO RURAL
OROBO PE
55745-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

061390603	UNSCA	17/10/2019
17/10/2018	200089211	2149189

CONTRATO 1642777013
 DATA DE VENCIMENTO 24/10/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 73,17

DESCRIÇÃO DA ROTA PESCA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	148,0000000	0,45007518	65,71
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,28
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,83
Multa por atraso-NF 077478978 - 18/09/18			1,20
Juros por atraso-NF 077478978 - 18/09/18			0,14
Contribuição CERCAL - (081) 3834-1038			2,00

TOTAL DA FATURA

73.17

DECLARATIVO DE CONSUMO ORÇAMENTÁRIO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
13067	CA1	15/06/19	31 350,00	17/06/19	31 496,00	31	1,00000		146,00

Mês	Consumo (kWh)
JAN 95	145
FEB 95	144
MAR 95	152
ABR 95	140
MAY 95	138
JUN 95	144
JUL 95	140
AUG 95	120
SEP 95	125
OCT 95	145
NOV 95	147
DEC 95	145

~~IMPORANT CODES IMPORTANT~~

[illegible]

NO MÊS DE 2007, O USUÁRIO ATRIBUIU O VALOR				
CONSUMO DOMICILIAR	VALOR ATRIBUÍDO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,48	11,20	22,81	45,22
FIC	2,00	7,67	15,34	30,69
OMIC	0,25	6,19	0,00	0,00

Limite DICR: 16,90

USUÁRIO: Votor do Encargado de Uso do Sistema de Verificação - Pg 33/10

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1542777013	10/2019	24/10/2019	

83800000000-9 73170011001-6 64277701310-3 14276858073-2



IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <i>Rodolfo</i>			TARM —		OPERADOR DE FROTA <i>Edjane</i>	
	DATA <i>01/09/19</i>	HORA <i>14:05</i>	ID —	Nº OCORRÊNCIA <i>5675068</i>	UNIDADE MÓVEL <i>USB</i>	BASE DA UNIDADE <i>Orobo</i>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE 88</i>					Nº <i>511</i>	
	BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orobo</i>			
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo ao Restaurante Estrela Dalva</i>						
	NOME DA VÍTIMA <i>Maria Francisca de Melo Oliveira</i>					IDADE <i>49</i>	SEXO <i>M</i>
	SOLICITANTE/FONE <i>Rodolfo</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS	
	QUEIXA <i>Acidente de moto, com vítima politraumatizada.</i>						
Comunicação	Saída da base <i>14:05</i>	Chegada no local <i>14:18</i>	Saída do local <i>14:45</i>	Chegada no destino <i>17:25</i>	Saída no destino <i>19:30</i>	Chegada na base <i>22:05</i>	

☐ Orientação ☒ Transporte ☒ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☒ Transferência (sempre)

Tipos de Acidentes:

☒ Acidente Trânsito:

☐ Pedestre

☒ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento/Soterramento

☐ Eletrocussão
☐ FAB
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Quase Afogamento

☐ Queda — Metro
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros:

Antecedente:

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

☐ Drogadição
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamento:
☐ Problemas Respiratórios
☒ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

☐ Convulsão
☐ Diarréia
☐ Dificuldade Respiratória
☒ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente/Desmaio

☒ Palidez
☒ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	<i>130x80</i>	<i>88</i>	<i>20</i>	<i>36°</i>	<i>113</i>	<i>98</i>	<i>15</i>
Fim	—	—	—	—	—	—	—

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

☐ Obstrução Parcial

☐ Total

☐ Corpo Estranho

☐ Bronco Aspiração

☐ Edema de Glote

☐ OBS

Respiração/Ventilação:

☒ Espontânea

☐ Parada Respiratória

☐ Assistida

☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☒ Normal

☐ Roncos/sibilos

☐ Estertores

☐ Diminuição MV

☐ Ausência MV

Expansibilidade:

☒ Normal

☐ Superficial

☐ Regular

☐ Irregular

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☒ Outros

CIRCULAÇÃO

☐ Pele

☐ Cianose

☐ Fria

☐ Úmida

☐ Normal

☐ Palidez

☐ Quente

☐ Seca

☒ Outros:

☒ Edema

☐ Ausente

☐ Palpebral

☒ M inferiores

☐ Anasarca

☐ Perusão

☐ Normal

☐ Retardada

☐ Ausente

☐ Pulso

☐ Regular

☐ Irregular

☐ Fino

☐ Cheio

☐ Ausente

☐ Ausculta

☐ Normal

☐ Hipofonose

☐ Atrito pericárdio

☐ Arritmia

☐ Sopros

☐ ECG

☐ Normal

☐ Alterado

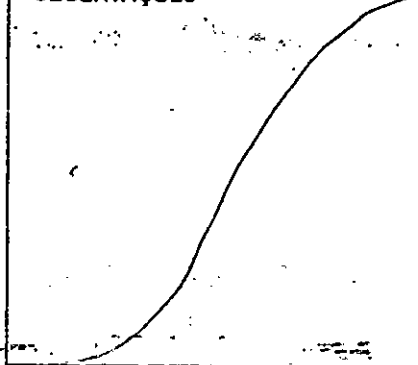
☐ Não realizado

Documentação médico - hospitalar



Principais lesões	Crânio	Fáce	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação		X		X	X	X		X	X	X	X
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta										X	
Aceleração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES



EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Guaxinin direito
- ☐ Sinal de Guaxinin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midríase Direita
- ☐ Midríase Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
- ☐ Arreflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
- ☐ Enfisema subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☐ Normal
- ☒ Outros

Urogenital:

- ☐ Anúria
- ☐ Hiperúria
- ☐ Hiperúria Direito
- ☐ Hiperúria Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☒ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Normal
- ☐ semanas
- ☐ Outros:
- ☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa róta ☐ Sangramento ☐ Nascimento

- ☐ Parto único
- ☐ Gemelar
- ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
- ☐ Entubação Nasotraqueal
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☐ Cricotireoidostomia
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Inalação O2
- ☐ Toracocentose c/ Agulha Direita

- ☐ APGAR:
- ☐ Toracocentose c/ agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Talas/Tração
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0,9%	500 ml		80gt	EV	
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Pedro			Leonilson

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU - MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

Assinatura e carimbo do médico
(Unidade de destino)
HORA:

Dra. Mikaelle Paiva
Médica
CREMEPE - 24061

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Mário Francisco de Melo Oliveira

CPF da Vítima

711.295.104-68

Data do Acidente

01/09/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Orobó, 22 de novembro de 2019

Local e Data

Mário Francisco de Melo Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thays da Silva Oliveira,
RG nº 8.745.704, data de expedição 17/04/2009,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 100.413.254-94, com
domicílio na cidade de Orobo, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Lauriano, nº S/Ne,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mário Francisco de Melo Oliveira cujo o condutor era
Mário Francisco de Melo Oliveira

Veículo: motocicleta Honda NXR 150 BROS MIX ESD

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: KGP-0856

Chassi: 9C2KD0510AR014409

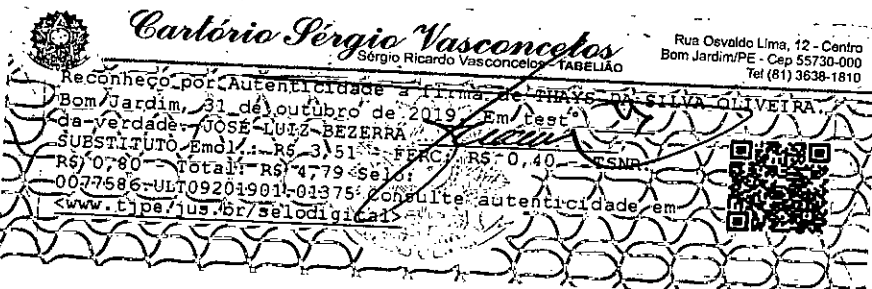
Data do Acidente: 01/09/2019

Local e Data: Bom Jardim, 31 de outubro de 2019.

Cartório

Thays da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Semana 57615018



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ

Hospital Severino Távora

Uma Nova História

Parceria: Prefeitura Municipal de Orobó



Data: 01/09/19	Hora: 13:37	Registro: 42.611
Nome: Márcio Francisco de Melo Oliveira		
Data de Nascimento: 27/03/70	Idade: 49 a	
Endereço: St. Beaurama	Referência:	
Responsável: Thais da Silva Oliveira	(Filha)	
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

Local da Ocorrência:
Tipo de Ocorrência:
(X) Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros

Sinais Vitais			
PA:	FC:	TEMP:	FR:

Queixas: LUTIM 2. Coluna 2. de 13:00
7v 14:00 Col 4. de 14:00 + 14:00
6v 12

Exame físico:

Hipótese diagnóstica: TCT

Procedimentos: fratura cl. 14



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA	PRONTUÁRIO: 1691722	ATENDIMENTO: 01476050
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970	FOI ATENDIDO EM: 01/09/2019 Às 15:54	
	DATA DA ALTA: 15/09/2019 ÀS 08:54	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, BLOW-OUT (E), MAXILA, CONDILO MANDIBULAR DIREITO.
CID: S02.8
NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR ATE O MOMENTO
DRENAGEM DE HEMATOMA DIA 13/09/2019;
A FONOTERAPIA

Observação:

DIETA LIQUIDA/PASTOSA
TERMOTERAPIA 4/4 HORAS

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR. CAUBI, QUINTA-FEIRA DIA 17/10/2019; ÀS 13:00 HORAS.
ACEITO ENCAIXE

Dr. Demóstenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Especialidade: Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
CNO-PE 13.314

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRO: Nº.13314

Recife, 15, SETEMBRO ,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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA	PRONTUÁRIO: 1691722	ATENDIMENTO: 01476050
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970	FOI ATENDIDO EM: 01/09/2019 Às 15:56	
	DATA DA ALTA: 04/10/2019 ÀS 11:05	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO

Observação:

AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
ANALGESIA
USO DE MULETAS
ORIENTAÇÕES GERAIS

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR ALEXANDRE GALVAO EM 15 DIAS

Dr. Sérgio Rafael de S. A. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 7783

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº. 7472

Recife, 04, OUTUBRO ,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.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: <i>Mami Fco Melo</i>		Idade:
Registro:	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: <i>Rx do tornozelo (E) AP / X</i>		
Dados Clínicos: <i>Fx bimalleolar.</i>		
Data: <i>26.11.2019</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requente <i>Dr. Alexandre Galvão</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 12819 SATO 8603</i>

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

Mauri F. de Melo Oliveira

Paciente : Hôpital da Restauração REGISTRO

EVOLUÇÃO

Lando Médico

paciente submetido a fixação
gips de fixação bimalar da
tornozelo esquerdo por estresse
e complicações e para fusão
Encontra-se incapaz de realizar
suas atividades laborais desde
o seu acidente em 01.09.2019 que
resultou em seu internamento
hospitalar em UTI e posterior
fixação gips em 17/09/2019.

CID: S82.5 + S82.6

Obs.: Sugiro 90 dias de afastamento
do trabalho

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12010 SBO 9603

29.10.2019



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 26/11/2019 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 23 - ALEXANDRE DE ALBUQUERQUE GALVAO
Agenda.....: 51597

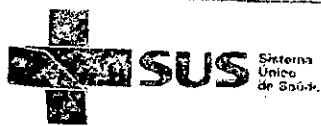
Informações do Paciente

Paciente.....: 1691722
Nome.....: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 99018057 / Celular: () -
Endereço.....: SITIO LAUREANO, 1 - ZONA RURAL - OROBÓ - PE - Cep: 55745970
Cidade.....: OROBÓ

Same.....: 875942

Nasc.....: 27/03/1970

Agendado por: THAYLISSONBS



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mário Fco de Melo Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fração de fratura

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

10

16 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Seguila de fratura bimalar do tornozelo com ganho de ADM e fixação

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alexandre Galves

Massarola

29.10.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

879.238.314-91

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Alexandre Galves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12919 SPTO 9603

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 29/10/2019 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 23 - ALEXANDRE DE ALBUQUERQUE GALVAO
Agenda.....: 51599

Informações do Paciente

Paciente.....: 1694722 **Same.....:**
Nome.....: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 99018057 / Celular: () - - **Nasc.....:** 27/03/1970
Endereço.....: SITIO LAUREANO, 1 - ZONA RURAL - OROBÓ - PE - Cep: 55745970
Cidade.....: OROBÓ

Agendado por: ELIZABETHVS



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

ESTADO DO PERNAMBUCO

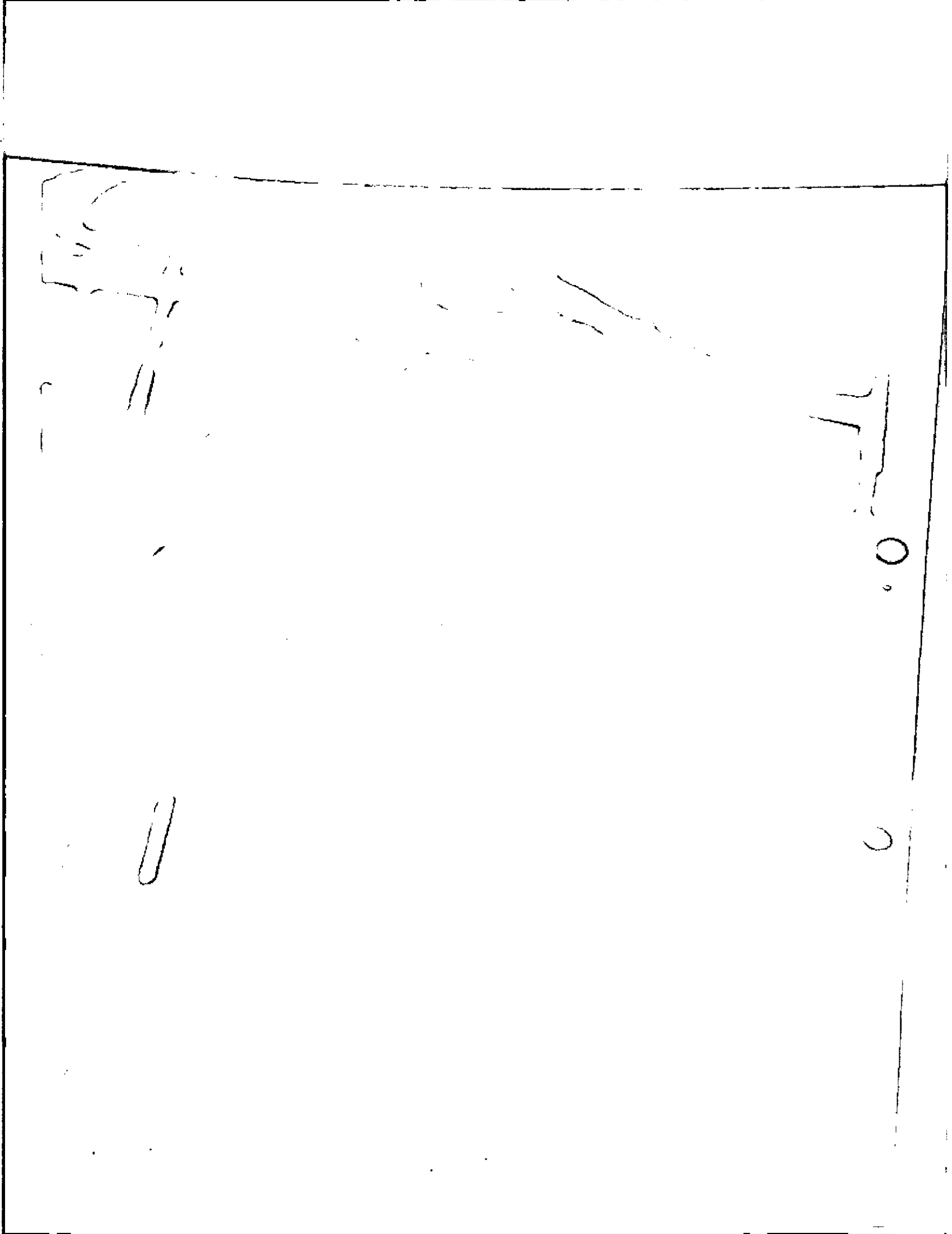
Paciente: <u>Monio Froemel</u>	Registro: <u>1212</u>
Clínica: <u>BW</u>	Box/Leito/Enfermaria:

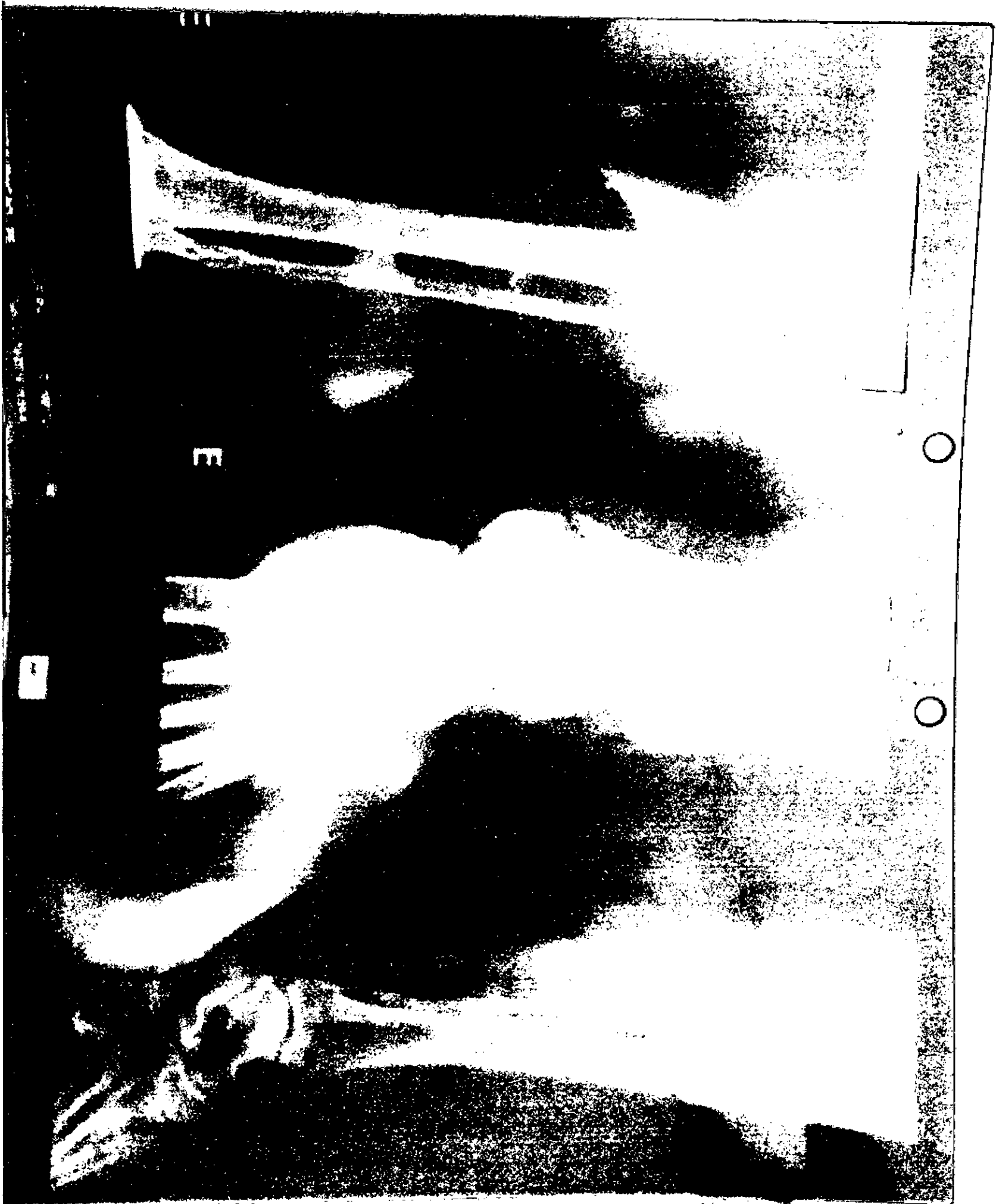
A Fomeleopla
Pct Lúthima 04
paciente motolalido
co, luvsonu com
Frateru im comale
(0); Fratomena
Edmslsoo;
Scl. Alulhao
1 Canoulo de
Bna

Data: 15/9/19

Dr. Denílson L. L. L. Z.
Ass. Carimbo Médico/CREMEPE
Residência 13-314

COD. 0340







MARIO FRANCISCO DE MILO OLIVEIRA - 191
1001722
27-Mar-1970 M 48Y
31-Sep-2019
10 11 12 76
312/MA 1
Mário VRT

EMILIA LACIA MARIO FRANCISCO DE MILO OLIVEIRA - 191
1001722
27-Mar-1970 M 48Y
31-Sep-2019
10 11 12 76
312/MA 1
Mário VRT



SEM 24
T4 28



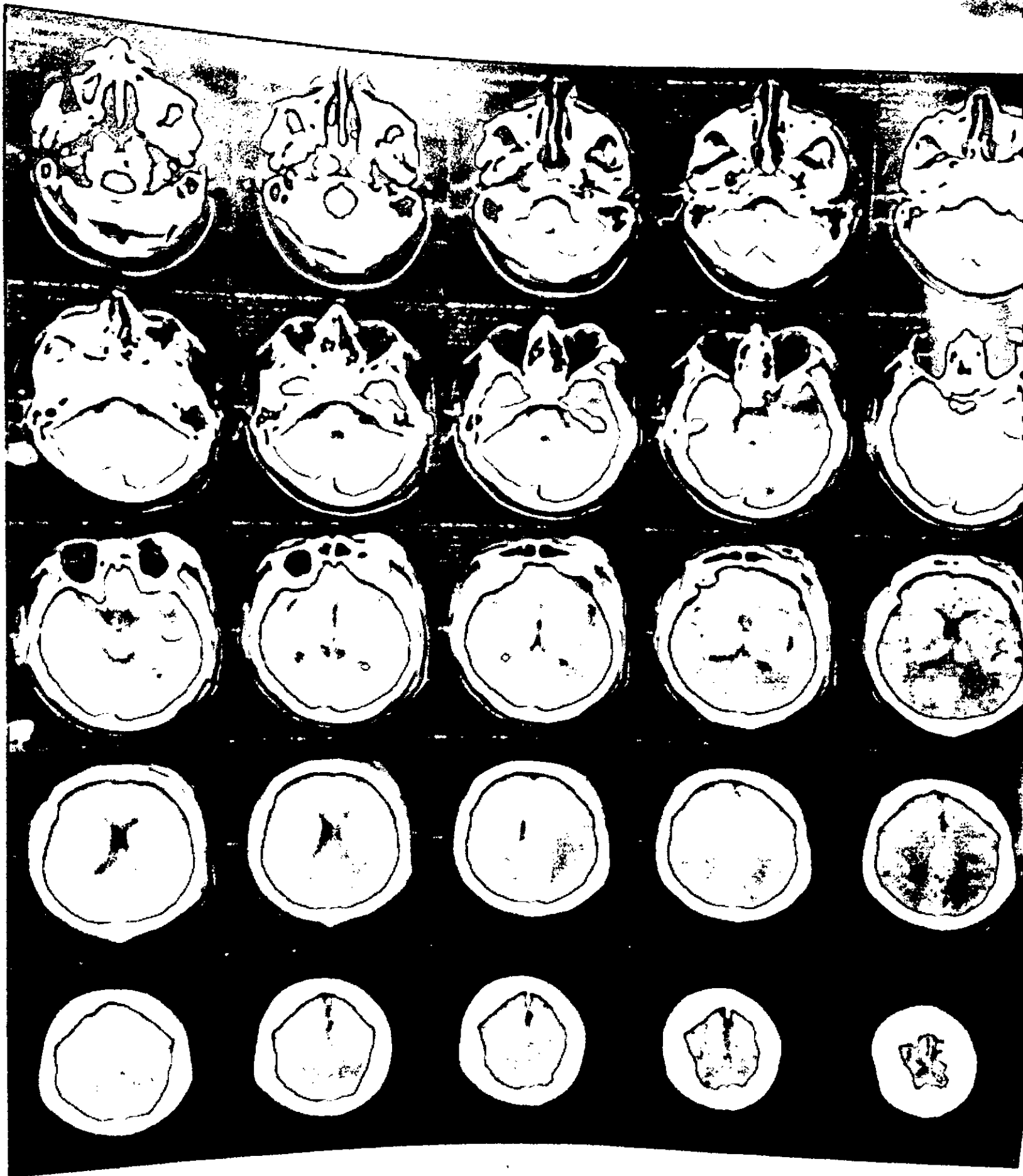
MARIO FRANCISCO DE MILO OLIVEIRA - 191



MARIO FRANCISCO DE MILO OLIVEIRA - 191
1001722
27-Mar-1970 M 48Y
31-Sep-2019
10 11 12 76
312/MA 1
Mário VRT







UNIAO DA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

3.842.157 24/09/2008

< MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA >>

< JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO >>

< ADELGIZA MACELINO DE MELO OLIVEIRA >>

CM 240DM - PE 27/03/1970

<< CM 15069 L 49 F 260 CART. OROBÓ-PE
3.35.1970 >>

11.05.104-00

ASSINATURA DO DIRETOR
L. Nº 116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Mário Francisco de Melo Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



001/1506-8

28 JUN 1998

BANCO DO BRASIL

40390/2493

Orobó (PE)

João Carlos Rodrigues de Franco
5.353.590-1

711295104 63

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

27.03.70

Mário Francisco de Melo Oliveira

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754797368

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754797368

LOCAL: PERNAMBUCO

DATA: 09/01/2008

764531061

760000164

IDENTIFICADO

DATA: 09/07/2008

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

CPF: 711.335.104-63

DATA NASCIMENTO: 27/03/1970

LOCAL NASCIMENTO: OROBÓ-PE

ENDEREÇO: JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO

PROFISSÃO: ADESTRADO TACITURNO DE R

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: CASADO

DATA: 09/07/2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

UNIAO DA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

1754797368



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

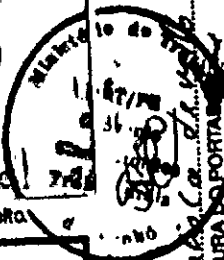
48555

Número

Série 00027



Polegar Direito



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Mário Francisco de
Melo Oliveira
Loc. Nasc. Bom Jardim
Est. P.R. Data 27/03/70
Filiação José Francisco de
Oliveira Filho e Adelaide
M. de Jesus de Melo Oliveira
Est. Civil Solteiro Doc. Nº
Fls. Liv. Reg. Civil
Outro doc.
Situação Militar: Doc. Cert. de Dispensa
Nº 410.76.90 Origem Paes Est. Pe
Naturalizado Doc. Nº Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. Nº Exp. em
Estado
Obs.
Data Emissão 20.8.89 DRT
Severina B. Camacho
Assinatura do Funcionário

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803257481
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 204568919 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME

THAYS DA SILVA OLIVEIRA

OROBO-PE

CPF / CNPJ 100.413.254-94 PLACA KGP0856

PLACA ANT / UF ***** PE CHASSI 9C2KD0510AR014409

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOO/CASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. POT. CIL 2E/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
IPVA 2019 QUITADO 2ª *****
3ª *****
FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO 4 GOTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 27/02/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

OROBO DATA 09/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº 014803257481 BILHETE DE SEGURO DPVAT
THAYS DA SILVA OLIVEIRA

55745-000

CASA OROBO-PE

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 100.413.254-94 PLACA KGP0856

RENAVAM 204568919 MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD

ANO FAB. 2010 CIL 09 CHASSI 9C2KD0510AR014409

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434192/19

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

CPF: 711.295.104-68

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: MARIO FRANCISCO DE
MELO OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA : 711.295.104-68

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: 05/12/2019
Nome: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
CPF: 711.295.104-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Patricia Aleixo Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Mário Francisco de Melo Oliveira

DATA DO ACIDENTE 01/09/19 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 711.295.104-68

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.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ 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 receituários 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ 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)
- ☐ Declaração de Cônjuge (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)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

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

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

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

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (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) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 711.295.104-68

E-mail clayde.marques@yahoo.com.br Tel.: (081-99993-2863)

Data 25/11/2019 Assinatura Mário Francisco de Melo Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC DOM JARDIM

Atendente CLAYDE MARQUES Matrícula 8881752

Data 25/11/2019 Assinatura [Assinatura]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME **8.745.704**

DATA DE
EXPEDIÇÃO **17/04/2009**

PLAQUEIA

<< **THAYS DA SILVA OLIVEIRA** >>

<< **MÁRIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA** >>

<< **SANDRA MARIA DA SILVA** >>

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

OROBÓ - PE **22/02/1993**

DOI: UNCEM

<< **CN 13187 L 12 F.269 CART. OROBÓ-PE** >>

17.12.1993 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/03/33

F-33 67 821 - 4372

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

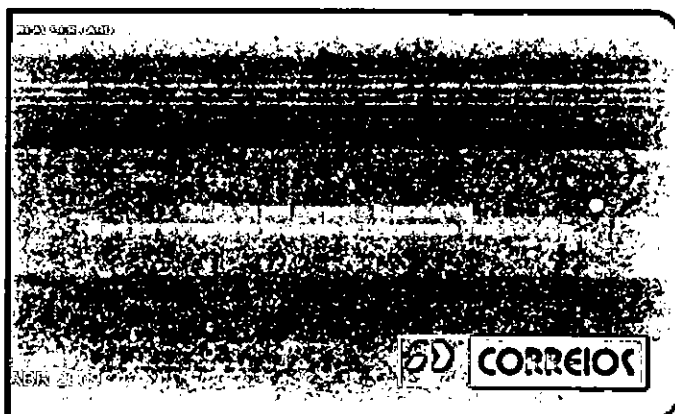
ESTADO DE PERNAMBUCO **08W-35**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPE

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CPF

100.413.254-94

Nascimento

22/02/1993

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678595 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, MAXILA E CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO. PG. 6
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - TORNOZELO. PG. 9; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678595 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, MAXILA E CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO. PG. 6
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - TORNOZELO. PG. 9; DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50