

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 Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200375112**

**Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 01/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:

105.544.554-47

Lucas Felix de Oliveira

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

Nome completo:

Lucas Felix de Oliveira

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Rio Horizonte

CPF:

105.544.554-47

Bairro:

Vila do Rio Novo

Cidade:

Paulista

Número:

1131

Complemento:

-

E-mail:

renatomaiaheres@outlook.com

Estado:

PE

CEP:

53431-275

Tel.(DDD):

(21) 44543.4554

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 47542

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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)  Divorciado  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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não

Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Recife, 28/09/2020

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> | 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.

# 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:

107.544.554-47

Nome completo da vítima:

Lucas Felix de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Lucas Felix de Oliveira

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Rio Horizonte

Bairro:

Vila do Sol São Gonçalo

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53431-275

E-mail:

renataonath.eror@outlook.com

Tel.(DDD):

(81) 44543.4554

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1581

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 47542

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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)  Divorciado  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:

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim  Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Recife, 28/09/2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> | 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 RODO, 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.





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pelo Lei 10.476, de 24/04/02  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Pernambuco  
Av. João de Deus, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50010-000  
CNPJ 10.832.813/0001-08 (Insc. Est. 011-003-RJ) e-mail: cargo@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 039 232 004-55

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551  
AP-01

PIEDADE/PRÄZERES  
JABOTACATU DOS GUARARAPES PE  
54410-010

DATA CONTRATO: 7025325626 DATA REFERENCIAL: 09/2019  
DATA DE REFERÊNCIA: 30/09/2019 DATA AVALIAÇÃO DA LEITURA: 24/10/2019  
TOTAIS A PAGAR (R\$): 215,30

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	211,000000	0,77952320	164,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,37
Contrib. Rum. Pública e Municipal			37,81
ICMS Subvenção CIDE-NF 07092826-24/03/19			1,28

TOTAL DA FATURA: 215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTES	CONSUMO (kWh)
00183011	CAT	21/08/2019	0 00000	23/09/2019	0 11400	30	1 00000	30			215,30

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Reserva Básica:	15	12,04	28,52%
MAR 19 - 210						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	178,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,16%
AA 19 - 177	PIS	178,44	0,01	1,42	0,00	Imposto de Importação:	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	178,44	0,12	0,16	0,00	Previsão de Energia:	15	11,93	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,09	4,09%
ABR 19 - 281						Total:	15	178,44	100%

RESUMO DE RISCOS

Í
---

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221207 ou 0800 221206) ou busque para prestações com referência à autentica.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<https://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAS/DUCORIGINA.LSPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro e seu mecanismo seletor, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas atendidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação acompanhada.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Artigo 1º, inciso II, da Circular Susep nº 445/12: "é passível de comunicação ao Conselho de Contabilidade Nacional (COAF), quando houver suspeita de prática de lavagem de dinheiro, ou quando houver indicação de que o segurado é proprietário de capital social estrangeiro".

<sup>2</sup>Conselho de Contabilidade Nacional - COAF - responsável pela supervisão da estrutura de fiscalização, controle e monitoramento das finanças, aplicar penas administrativas, bem como outras medidas de proteção à segurança financeira.

Pelo exposto, em **Renato Cézar M. Cavalcanti** inscrito na nº 039.232.004-75, na qualidade de Procurador de Interessado (a) do Beneficiário **Lucas Felix de Oliveira** inscrito no CPF sob o nº 105.574.554-47, do sinistro de 10/04/2010, **invalido**, da Vítima **Lucas Felix de Oliveira**, inscrito no CPF sob o N.º 105.574.554-47, conforme determinações da Circular Susep 445/12.

Declaro Proferir a verdadeira e sincera declaração, juntamente com os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora, que o DPVAT, reside no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Fizou ciênte de que a falsidade da declaração implicará na aplicação das penas previstas no art. 249 do Código Penal.

Endereço	Município	Complemento
Av. Bernardo Vieira de Melo	PE	Nova Olí - Féres
Endereço Endereço Email	PE	54410 - 010 (81) 99543-4554

Recife - 26 de 09 de 2020

Liquidado Data

**Renato Cézar M. Cavalcanti**

Assinatura do beneficiário

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO DE CLASSIFICAÇÃO REDE INIP

Data e hora rotulada da saída: 01/01/2020 21:00

	Nome Paciente:	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/02/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25 anos
	Senha:	0058
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 01/01/2020 23:31 - 01/01/2020 23:35

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO: 1

---

**Prioridades:**

#### ■参考文献

Car

MARVEL

**Queixa Principal:** PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA COM SENHA 5850931 COM FRATURA DE 3 MTC+ SÍNDROME COMPARTIMENTAL

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminadas/ce): DOR MUY DURA (4.3/10)

Esocializado: **ORTOPEDIA FRAJULATOL 2011**

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 69.00 BPM
- GLICOSE: 87.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURACAO DE OXIGENIO: 100.00 %

ADO  
- VINA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 01/01/2020 23:35

### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

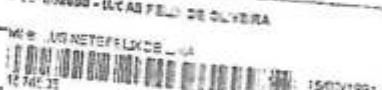
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5850 930

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: 25

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: Analista de Sistemas - Lucas Filho de Oliveira Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial:  Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Recife

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )

Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura

Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_

Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_

Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Dor + Edema importante em Mão D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura de 3º Metacarpo + Sind.

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X

Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )

Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

P脉: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazenda S/N  
Jaguaribe - Pernambuco - PE  
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 510810  
Usuário: ROBERTAMB

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA  
 Idade: 25a 10m 19d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 132905  
 Profissão: Escolaridade:  
 R.G.: C.P.F.: Telefone:  
 Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301 1001 - NOSSA SENHORA DO O CEP 53431275  
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 02/01/2020 23:39  
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-19  
 Médico Internação: FABIO HENRIQUE DO COUTO SCARPE

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	- Numero:	33/03/2020	CLAUDEVAN SOUSA
Telefone:	Cidade:		FATURISTA
			<i>Ojns</i>

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/01/2020 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: *Esfalul. EGB*

Diagnóstico Principal.....: *Fr 3º ATC*

Diagnóstico Secundário01.: *HA S* REVISADA  
DIAGNÓSTICO: *REVISADA*

Diagnóstico Secundário02.: *ED* *2CIH-HMA*

Sedimento.....: *ED*

*Márua Telino*  
*Medicina / Ortopedia*  
*CRM 20596 - CRM: 15866*

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



# PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Pediatria e Juventude

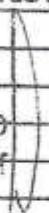
## EVOLUÇÃO CLÍNICA

**NOME: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**

HOME SOCIAL DATA & PUBLICATIONS

DATA NASC.: 15/02/1994

REG-132905

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
2/1/2020	
09:41	
	HDA/QPA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MÃO DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM 3º QDD
	Antecedentes Pessoais: NDN
	Medicações de uso: NDN
	Exame físico: EDEMQA 3+/4+. LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DO 3/ QDD
	Exame de imagem: RX EVIDENCIA FRATURA DE 3/ MTC COM ENCURTAMENTO
	HD: FRATURA DE 3/ MTC
	CD:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- INTERNAMENTO</li> <li>2- SOL LAB PREOP</li> <li>3- SOL NOVOS RX</li> <li>4- SOL TALA LUVA</li> </ul>
	 <p>CRM-GO 76.670 Ortopedia / Traumatologia Bento Bosco B. C. Neto</p>



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-510810	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>LUCAS FELIX DE OLIVEIRA</b>	6 - Nº Prontuário <b>132905</b>			
7 - Cartão Nacional do SUS <b>898004063317268</b>	8 - Data de Nascimento <b>15/02/1994</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor <b>04 - Amarela</b>	11.1 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>LUSINETE FELIX DE LIMA</b>	12 - Telefone de Contato <b>8198773726</b>			
13 - Nome Responsável <b>LUSINETE</b>	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301, 1231 - NOSSA SENHORA DO O</b>	16 - Município <b>PAULISTA</b>	17 - IBGE <b>261070</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53431275</b>

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MAMÍCULA DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

21 - Condições que justificam a internação  
**NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO**

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
**ANAMNESE + EXAME FÍSICO**

23 - Diagnóstico Inicial / Código

**FRATURA DE 3º MTC DIREITO**

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

**S623**

**W199**

**V29.9 03.01.06.007**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

**0415020069**

## PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade

**CIRÚRGICA**

30 - Caráter de Atendimento

**2**

31 - Documento

( ) CNS   ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

**170519131480007**

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

**FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES**

34 - Data da Solicitação

**02/01/2020**

35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro CRM)

**Ortopedia / Traumatologia**

**CRM PE 23 670**

**10605**

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - Acid Trabalho Fixo

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - Acid Trabalho Trajeto

45 - Acidente com a Previdência

Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizado

## AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor  
**E260000001**

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

**AIH**

**262010245115-3**

48 - Documento  
**CNS ( ) CPF**

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

**49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado**

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro CRM)



Código do Laudo: **510641**

Atendimento: 510641

Senha da Classificação:

Data e Hora: 01/01/2020 23:39

0053

Paciente: 132905 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/02/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUSINETE FELIX DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1, --

1231

Bairro: NOSSA SENHORA DO O

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Paciente vítima de trauma c  
 mao esq com fratura no punho  
 apos queda de moto*

Exame Físico

*EFOMA (++) - PLEXO extenso (+)*

Hipótese Diagnóstico

*TX 3. MTC - SIND. COMPARTIMENTAL?*

Prescrição Médica

*Tramadol 50g 2FA + 100ml SF  
 ALPINA (1g + 40ml)*

*FASO ANALGÉSIA E DEXA  
 EM OBSERVAÇÃO + DA LAIO.*

*CRM-PE 22590  
 CRM-PE 98741  
 CRM-PE 22590  
 CRM-PE 98741*

Assinatura e Carimbo/Médico

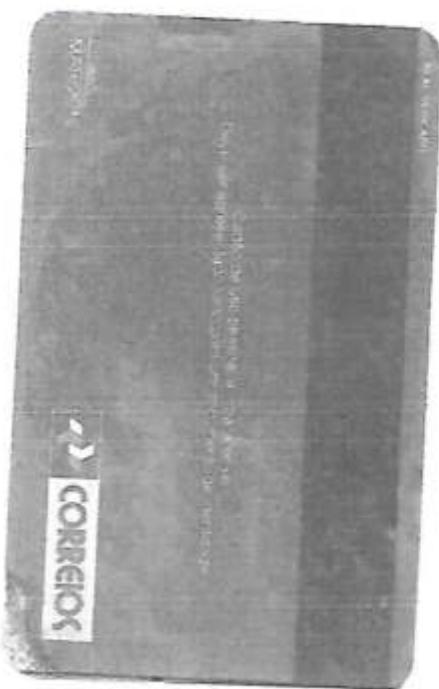
Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

**Vítima:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 105.544.554-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

### LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

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: 20/10/2020  
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
CPF: 039.232.004-55

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: lucas Felix de Oliveira

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 8.331.350 SOS - PE

CPF: 105.544.554-47

Profissão: Desempregado

Endereço: Rua 13 de Setembro, nº 1131, N.º da Coluna 1º Piso, Jardim Paulista, Paulista - PE

CEP: 53431-245

Telefone: (81) 99543 4774

### OUTORGADO:

Nome: Renato César M. Cavalcanti

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 6162609 SSP - PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: Advogado

Endereço: Az. Bernardo Lima s/n, Bloco 1, nº 1551, sala 01, Terceiro Piso, Centro

CEP: 54410-010

Jaboticabal - SP

Telefone: (81) 99543 4774

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: lucas Felix de Oliveira

Ricci, 22/09/2020.

Local e data

lucas felix de oliveira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

**Vítima:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 105.544.554-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

### LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

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: 20/10/2020  
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
CPF: 039.232.004-55

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos