
Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190650960

Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

079.778.274-50 Paulo Fernandes de Oliveira

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:

☐ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

924

9

CONTA:

30189

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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)

☐ Divorciado

☐ 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 (vai 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 beneficiário não alfabetizado

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, 21/11/2019
Paulo Fernandes de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0092003089**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **09:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2019** às **07:55**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OLIVEIRA FONSECA, 01** - Bairro: **CAMPO GRANDE** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52040-250**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR \ AGENTE)
PROPRIETARIO VEICULO I (OUTRO)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PROPRIETARIO
VEICULO I
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO
FERNANDES DE OLIVEIRA

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

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IOLANDA ALVES DE OLIVEIRA** Pai: **JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **12/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7327350/SDS/PE (RG), 07977827450 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOCICLISTA** Telefones Celulares: **- 81988761545**

Endereço Residencial: **RUA FRANKLIN TAVORA, 570, EDF. ANDREA APT0 302 "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PROPRIETARIO VEICULO I (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCP1080** (PERNAMBUCO/RECIFE)

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO VEICULO I**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **PROPRIETARIO VEICULO I**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NA RUA OLIVEIRA FONSECA NO BAIRRO DE CAMPO GRANDE PROXIMO A SUA RESIDÊNCIA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO COCHILOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO COLIDINDO COM UM VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA QUE TEVE FRATURA NA CRAVICULA ESQUERDA SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA UPB DA CAXANGÁ ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DIANTE DO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

Paulo Fernandes de Oliveira
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DA SILVA GUERRA** Matrícula: **3810194**
(Liberado em **21/11/2019** às **10:02**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 079.778.274-50 4 - Nome completo da vítima: Paulo Fernandes de Oliveira

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

5 - Nome completo: Paulo Fernandes de Oliveira 6 - CPF: 079.778.274-50
7 - Profissão: motociclista 8 - Endereço: Rua Franklin Tobias 9 - Número: 570 10 - Complemento: BL-A AP 302
11 - Bairro: Campo Grande 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52040050
15 - E-mail: paulocgrecife@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-98876-1545

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:

☐ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 924 9 CONTA: 30189 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai 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 beneficiário não alfabetizado

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, 21/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

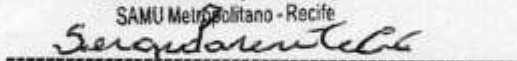
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	095.10.2019
DATA	24.10.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **7327350** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **079.778.274-50**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-611964**, que no dia 07 de abril de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 07h55, na Rua Oliveira Fonseca, no bairro Campo Grande, Recife/PE e, sendo direcionado para a UPA Caxangá.
Recife, 24 de outubro de 2019.

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



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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IOLANDA ALVES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANKLIN TAVORA 570 * AP-302
BLOCO - A

CPF 219 658 094-08

CAMPO GRANDE/RECIFE
RECIFE PE
52040-050

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0433336038	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PRÓXIMA LÍQUIDA
12/04/2019	07/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
127,60	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
05681506	UNICA	05/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2019	2001934008	2832673

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	139,000000	0,77238892	107,48
Contrib. Sum. Pública Municipal			17,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 045548349-00/01/19			1,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 049305843-08/02/19			1,42

TOTAL DA FATURA 127,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
48570	CAT	03-03-2019	40.816,00	05-04-2019	40.857,00	31	139,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		DE DEDUÇÕES E TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
ABR 19 139		ICMS	25,00	25,87	32,15%
MAR 19 165		PIS	1,31	1,45	1,47%
FEV 19 230		COPIS	8,31	8,57	6,67%
JAN 19 191					
DEZ 18 249					
NOV 18 242					
OUT 18 153					
SET 18 242					
AGO 18 230					
JUL 18 302					
JUN 18 157					
MAY 18 162					
ABR 18 190					
Consumo Ativo (kWh)				0,52196000	
PAGAMENTO AGUILO					
BFB8 05BF 1A55 A6A4 5677 00BF 8BF2 4856					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague o valor mais perto de você baseado no preço no Franklín Távora 570 campo grande (preço médio) e não no preço de venda de 0,49 na data de entrega e a unidade de energia é a Verde. Mais informações: www.celpe.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 45963. O cliente é responsável por verificar a validade da documentação de subvenção. Pague no boleto gerado pelo sistema (BANCA) ou em 15 dias úteis após a emissão da nota fiscal. Não O Cliente é responsável quando não descompromisso do preço definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis em: www.celpe.com.br

Nome: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
Idade: 32a 1m
Nascimento: 12/02/1987
Contatos: / 81-999437049

Endereço: RUA FRANKLIN TAVORA, 55 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050

Data do Atendimento: 07/04/2019

Prontuário: 00464931

Nº Atendimento: 01287554

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f, ATESTO QUE

o Sr.(a): PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

RG DE Nº:

ORGÃO EMISSOR:

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 07/04/2019

- ☒ NECESSITANDO DE 30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIFE

DOMINGO, 07 DE ABRIL DE 2019

às 09:42 HS.

Prestador: MARIANA CAVALCANTI DE MELO

CRM: 24973

AUTORIZAÇÃO

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM nº 24973

Eu, PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10.

Assinatura do Paciente ou Responsável



PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
Contatos:
MASCULINO - / 81-999437049

Idade: 32a 1m
Nascimento: 12/02/1987

Mãe:
IOLANDA ALVES DE OLIVEIRA

Endereço:
RUA FRANKLIN TAVORA, 55 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050

Data do Atendimento: 07/04/2019

Prontuário: 00464931

Nº Atendimento: 01287554

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

RECEITUÁRIO SIMPLES

DADOS DO EMITENTE:

MÉDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

DATA: DOMINGO, 07 DE ABRIL DE 2019

ORIENTAÇÕES:

USO ORAL
PROFENID 100MG --- 1 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS.

ACessar AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (LOCAIS DE ATENDIMENTO: HOSPITAL GETULIO VARGAS, HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS,
HOSPITAL DA RESTAURACAO, HOSPITAL MARIA LUCINDA) PARA ACOMPANHAMENTO DE:
FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Mariana Melo
Médica
CRM-PE 24973



Nome: 464931-PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
Idade: 32a 1m Nascimento: 12/02/1987
Sexo: Contatos: / 81-999437049
MASCULINO

Endereço: RUA FRANKLIN TAVORA, 55 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050

Data do Atendimento: 07/04/2019

Prontuário: 00464931

Nº Atendimento: 01287554

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

DADOS DO EMITENTE

MÉDICO: MARIANA CAVALCANTI DE MELO

CRM: 24973

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA FARMÁCIA

DATA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL
PACO 30 --- 2 CAIXAS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8/8H SE DOR INTENSA.

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM PE 24973

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

END: RUA FRANKLIN TAVORA

CIDADE:

FONE:

ÓRG. EMISSOR:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Prontuário: 00685592

Data de Nascimento: 12/02/1987

Idade: 32a 2m 18d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA DE TERÇO MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIA

Observação:

PACIENTE COMPARECE A CONSULTA DE RETORNO AMBULATORIAL REFERINDO COLISAO CARRO X MOTO DIA 07/04 COM SUSPEITA DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. FOI ATENDIDO NA UPA E OPTADO POR TTT CONSERVADOR. NAO PASSOU POR PROCEDIMENTO NESTA UNIDADE. FOI ENCAMINHADO DA UPA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. PACIENTE REFERE DOR E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO
AO EXAME: BEG, EUPNEICO.
EM USO DE TIPOIA NAO GESSADA
NEUROVASCULAR PRESERVADO
ENCHIMENTO CAPILAR PERIFERICO PRESERVADO
HD: FRATURA DE TERÇO MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA CID: S42
PACIENTE SE ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL POS CIRURGICO DE TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA CITADA ACIMA

Dr. Emmanuel Costa
MÉDICO
CREMEPE/27967

Recife, 02 DE MAIO DE 2019

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1566644164

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
7327350 SDS PE

CPF
079.778.274-50

DATA NASCIMENTO
12/02/1987

FILIAÇÃO
JOSE FERNANDES DE OLIV
EIRA NETO
IOLANDA ALVES DE OLIVE
IRA

PERMISSAO
ACE

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
04424528022

VALIDADE
12/04/2023

Uº HABILITACAO
07/08/2008

OBSERVAÇÕES

A
RAR
CMTF

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSAO
20/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

28675864833
PE084310691

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566644164

DE ACALAO AN SACEES GO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410317/19

Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

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
Outros

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA : 079.778.274-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

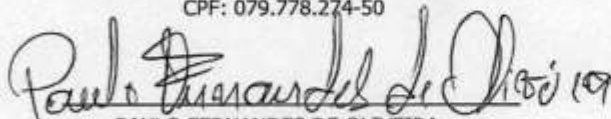
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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: 21/11/2019
Nome: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
CPF: 079.778.274-50


PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190650960 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4

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: 3190650960 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410317/19

Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

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
Outros

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA : 079.778.274-50

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: 21/11/2019
Nome: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
CPF: 079.778.274-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA