

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, 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: 079.778.274-50 4 - Nome completo da vítima: Paulo Fumando 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 Fumando de Oliveira	6 - CPF:	079.778.274-50
7 - Profissão:	motociclista	8 - Endereço:	9 - Número: 570 10 - Complemento: BL-A AP 301
11 - Bairro:	Campo Grande	12 - Cidade:	13 - Estado: PE 14 - CEP: 52040050
15 - E-mail:	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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 924 9	CONTA: 30189	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____  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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

40 - Local e Data,

Recife, 21/11/2019  
Paulo Fumando de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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 APTO 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**

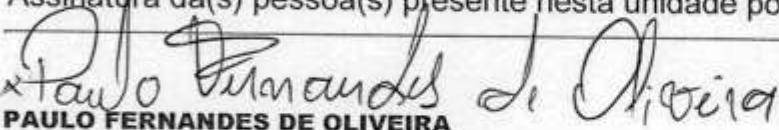
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**

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 COLIDIINDO COM UM VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA QUE TEVE FRATURA NA CRAVICULA ESQUERDA SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA UPA DA CAXANGÁ ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DIANTE DO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.**

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

  
**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 Fumando 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 Fumando de Oliveira	6 - CPF:	079.778.274-50
7 - Profissão:	motociclista	8 - Endereço:	9 - Número: 570 10 - Complemento: BL-A AP 301
11 - Bairro:	Campo Grande	12 - Cidade:	13 - Estado: PE 14 - CEP: 52040050
15 - E-mail:	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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 924 9	CONTA: 30189	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____  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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

40 - Local e Data,

Recife, 21/11/2019  
Paulo Fumando de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

**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

*Sérgio parente costa*

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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0009943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
IOLANDA ALVES DA SILVA

CPF: 219.958.004-06

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
050301508	UNICA	05/04/2019
ANOTAÇÃO	Nº DO CURRENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2019	2001934008	2832873

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

CAMPO GRANDE/RECIFE  
RECIFE PE  
52040-050

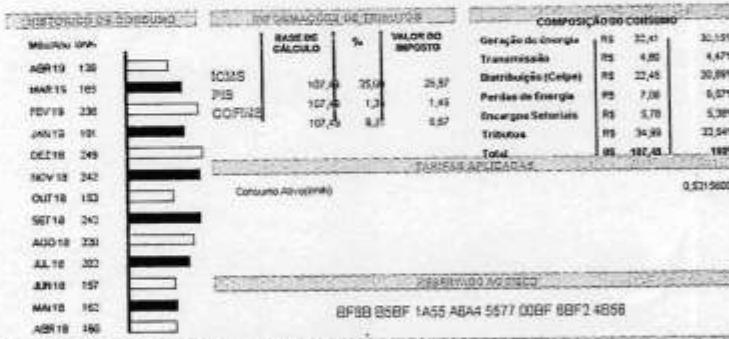
CONTA CONTRATO	MÊS ANO
0433336038	04/2019
DATA PROXIMA LITURA	
12/04/2019	07/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	127,60

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	138,0000000	0,77238892	107,48
Contrib. Úm. Pública Municipal			17,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 045540349-0001/19			1,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 048305843-0002/19			1,42

TOTAL DA FATURA: 127,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
MEB101	CAT	05/03/2019	40.318,0	05/04/2019	40.607,0	37	1.000,00	138,00



## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da sua residência ou faça o seu pagamento online através do site www.celpe.com.br. O cliente é responsável pelo pagamento das contas de energia elétrica e deve pagar a fatura de lei e impostos devidamente à Venda. Imediata e irreversível cancelamento da conta de energia elétrica, caso o cliente não pague suas contas de energia elétrica por mais de 60 dias consecutivos. Pago em atraso para multa 2% (dois por cento). Fazendo a comunicação escrita na unidade consumidora ou no atendimento ao cliente. Pago em atraso para multa 2% (dois por cento). Fazendo a comunicação escrita na unidade consumidora ou no atendimento ao cliente. Multa de 1% (um por cento) diária, a partir da data da comunicação escrita ou do atendimento ao cliente. O Cliente e consumidor quando não desempenha o seu dever de pagamento das contas de energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, a tarifa de consumo, os serviços, preços e outras informações para a contratação, bem como outras condições de funcionamento da conta, estão disponíveis no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).



Pernambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome: 161931 PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA  
Contatos:

/ 81-999437049

ENDERECO: ALVES DE OLIVEIRA

Endereço:

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

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

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 <sup>30</sup> 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

Eu, PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10 .

Assinatura do Paciente ou Responsável



Pernambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE FRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Fundação Moniz da Silva Almeida

AUÉ FERNANDES DE OLIVEIRA

Contatos:

MASCULINO

/ 81-999437049

Mãe:

IOLANDA ALVES DE OLIVEIRA

**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.

RETIRAR AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (LOCais DE ATENDIMENTO: HOSPITAL GETULIO VARGAS, HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, HOSPITAL MARIA LUCINDA) PARA ACOMPANHAMENTO DE:  
MARRAQUEDE TERCO MÉDIO DE CLAVICULA ESQUERDA

*Mariana Melo  
CRM-PE 24973*



Pernambuco

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:
464931-PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA	32a 1m	12/02/1987	07/04/2019
Sexo:	Contatos:		Prontuário:
MASCULINO	/ 81-999437049		00464931
Endereço:		Nº Atendimento:	
RUA FRANKLIN TAVORA , 55 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050		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.

Mriana Cavalcanti  
Médica  
CRM-PE 24973

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME:

IDENT:

END: RUA FRANKLIN TAVORA

ÓRG. EMISSOR:

CIDADE:

UF:

FONE:

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

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 diagnóstico de:

FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVICULA ESQUERDA


Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + 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 MÉDIO DE CLAVICULA ESQUERDA CID: S42  
PACIENTE SE ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS CIRÚRGICO DE TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA CITADA ACIMA

Dr. Emmanuel Costa  
MACIEL  
CRM-PE 27967

Recife, 02 DE MAIO DE 2019

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410317/19

**Vítima:** PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/04/2019

**Titular do CPF:** PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- 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](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.

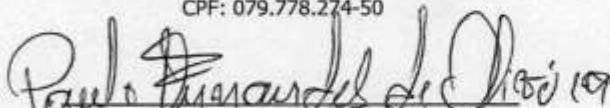
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

Valorização 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

**Valorização 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/04/2019

**Titular do CPF:** PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
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](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: 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