

SEGURADO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

VÍTIMA Mauricílio das Sengas Perna

DATA DO ACIDENTE 21/02/2018 POSSUI CPF SIM NÃO N° CPF 887.173.054-0

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Cônjugue (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DE Únicos Herdeiros (original)**
- Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - Declaração de Úbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - Outros documentos apresentados:

AC CLINDA

17 ABR 2018

Portador da documentação (Nome) Mauricílio das Sengas Perna

Quem é portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador 887.173.054-0

E-mail Mauricile8845@gmail.com Tel: (19) 98437-8747

Data 17 Maio 2018 Assinatura Mauricílio das Sengas Perna

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC Olinda

Atendente José de Souza Oliveira Matriúla 8806261-8
 Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Av: 32301171 - AC OLINDA
OLINDA - PE
CNPJ...: 34028316050801 Ins Est.: 001458007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 280179376
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267655

Movimento...: 17/05/2018 Hora.....: 15:45:06
Caixa.....: 86497890 Matricula..: 85061425
Lancamento.: 041 Atendimento: 00025
Modalidade.: A Faturar ID Triquete.: 1473637506

DESCRICA	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...		21,75
Peso real (G).....:		95
CNPJ/CPF Remet:		88717305420
Nome Remetente.:		MARINEIDE DOS SANTOS PERE
Cont. Nome.....:		RA
Endereco Remet.:		RUA Rua Durico do Mar, 29 Q
Cont. Endereco.:		D 016 - Duro Preto
Cep Remetente.:		53370-160
Cidade Remet.:		OLINDA
UF Remet.....:		PE
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)...		28,00
Cep Destino:		20031-205 (RJ)
Peso real (G).....:		95
OBJETO.:		DY040082422BR

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentacao de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variacoes de acordo com as clausulas contratuais

Nome: RG
Ass. Responsavel.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Encomenda cilindrica ou esferica
implica cobranca adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Nilma Maria

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 27/02/18 CID: _____

Necessitando de 03 (TRÊS) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola)

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: _____

Olinda, 27 de 02 de 2018

Dr. Sidney Ribeiro
Diretor Médico
CRM-PE 24.844
Médico



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO

IMIP

RECEITUÁRIO

1º Manzuride 500mg

2º

Uva

3º Amoxicilina 500mg — 30comp

or comp de 24h por 10 dias

4º Azitromicina 400mg — 70comp

or comp de 4km (suspenção be tempo

do 1º por 07 dias

P

13/03/14

Dr. Manoel de Melo Aguiar
Ribeirão Preto - SP - 1954

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO

21 *Mon. 22nd - 1940*

24

Mr. John

41 *Am. Robin* *Red cap* *70 cent*

Step 1: Form a question

1

1218-1

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO

IMIP

RECEITUÁRIO

Pac 113014 - MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA

Mãe: MARIA APARECIDA DOS SANTOS

Barcode: 02/12/1972
1260197

15

Cefalexina 500 mg. 01 Cx.

Tomar de 08/08 Hs.

Por 10 dias

- Enrolar (001) - 0)

01/08 1211

05

Dr. Sidney Ribeiro
Diretor Médico
CRM-PE 24.240

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Atendimento: 1260197
Data e Hora: 27/02/2018 21:21**Senha da Classificação:****0294**

Paciente: 113014 MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA **Sexo:** FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 02/12/1972 **Idade:** 45 anos **Convenio:** 2 **SUS - PRONTO ATENDIMENTO**
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DOS SANTOS **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** CLINICO - PLANTONISTA **CRM:** 123456
Endereço: JOSE P DE OLIVEIRA **2** **Bairro:** OURO PRETO
Cidade/UF: OLINDA **PE** **Cep:** 53370525 **Usuário Atendimento:** WAGNERFB
RG (Identidade):
CPF (Cadastro de Pessoa Física):
CRN(Certidão de Registro de Nasc): **Data de Emissão:**
Fone: 34911639 **Data de Emissão CRN:**

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal*Bufo + febre***Exame Físico***Exame Físico***Hipótese Diagnóstico***Febre suspeita de infecção***Conduta Terapêutica***Profenid 01 AMP - IM
Decadron 01 AMP - IM*

Prescrição Médica *Carimbo de Farmácia*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido: _____ **Para:** _____ **Senha:** _____

Para: _____ **Senha:** _____

*Carimbo/Medico**Silvana Ribeiro
Carimbo/Medico
Carimbo/Medico***ALTA HOSPITALAR
COM ORIENTAÇÕES**

1260197

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 27/02/2018 20:59

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	45
Senha:	0294
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/02/2018 21:15 - 27/02/2018 21:18

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: RELATO DE FEBRE COM INICIO HOJE + FERIDA INFECTADA EM Perna ESQ
(QUEIMADURA)

Observação: ALERGIA A POMADA

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA INFECTADA CRÔNICA COM SINAIS SISTÊMICOS

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - TEMPERATURA(C): 36.00 °C

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/02/2018 21:18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
 DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0091000608

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/03/2018** às **15:07**

Complementa o BO Número: **18E0091000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/2/2018** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DO SOL, 1, COM A RUA NOVA** - Bairro: **SANTO ANTONIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **SEMAFORO / ENTRE A RUA NOVA COM A RUA DO SOL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
 MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSPEITO
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA

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

MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO DAVI PEREIRA** Data de Nascimento: **2/12/1972** Naturalidade: **ABARE / BAHIA / BRASIL** Documentos: **4102166/SDS/PE (RG) 88717305420 (CPF) 04180255323 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 984378947**

Residencial: **RUA OURISO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA OURICO DO MAR, 29, QUADRA :D 16, - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHC0419** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **945337353**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

Descrição: **MODELO :NXR150 BROS ESD**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO NA RUA DO SOL NO SEMAFORO, ENTRE A RUA DO E A RUA NOVA HAVIA UM ACIDENTE , E UM ELEMENTO CONDUZINDO UMA MOTO DE PLACA E COR NAO IDENTIFICADA , PAROU NA FRENTA DA VITIMA PARA VER O CIDENTE JA CITADO ACIMA , ENTAO A VITIMA BATEU NA SUA MOTO, SOFRENDO LESAO CORPORAL NO BRACO E NA Perna ESQUERDA QUE, A QUEIMADURA DEU EM FEQUICAO , FICANDO AFASTADA DO SEU TRABALHO POR QUATRO DIAS GASTANDO DINHEIRO COM REMEDIOS E AMESMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DA PE:15, OLINDA-PE , ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS E A SUA MOTO FICOU DANIFICADO SO PISCA . ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

Marineide dos Santos Pereira
MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE **Nº 013155781296**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	945337353	*****	2017
NOME			
MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA SANTANA			
OLINDA - PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
887.173.054-20		KHC0419	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2KD03108R007336	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / NXR150 BROS ESD		2007	2008
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	IPVA 2017 QUITADO	1º *****	
P		2º *****	
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3º *****
A	1	*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
SEGURU OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. RODOVIENS ADM DE CONS LTDA NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
OLINDA	LOCAL	DATA	
<i>Charles Andrews Sousa Ribeiro</i>		06/03/17	
Diretor Presidente DETAN/PE			



FARMACIA ARAUJO
ARAUJO LUNA COM DE MED LTDA ME
CNPJ. 27 426 807/0001-47 IE: 071376801
RUA ANTONIO, 026 JARDIM ATLANTICO OLINDA-
PE (81)3432-8731
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtd. Un.	VL. Unit.	VL. Total
35468	RIFAMICINA 10MG 20ML	1 CX	12,90	12,90
Qtde: total de itens				1
Valor total R\$				12,90
Valor a pagar R\$				12,90
FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$				20,00
Dinheiro				12,90
Troco R\$				7,10

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe?>



CLIENTE: 2 - GIVANILSON ALVES
VENDEDOR: 1 - GIVANILSON ALVES
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal: 12.741/2012) Federal
R\$1.74 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
NUM. CONTROLE: 5074

COMERCIAL FPN LTDA
R. ESTUDANTE CLAUDIO UCHDA CAVALC. FILHO, 1 LJ B
RIO DOCE - OLINDA-PE - FONE:3432-9083
CNPJ:05.116.313/0001-23
IE:0293177-03

01/03/2018 14:58:07 CCF:350247 LDU:421833
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN. VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)
 001 7896112134213 T300400 30042052 CEFALEXINA 50
 ONG C 10 COMP
 SUN X 21,10 F1 63,30€
 desconto -25,32 ----- 37,98
 Subtotal R\$ ----- 37,98
 desconto ----- -0,08
 TOTAL R\$ ----- 37,90
 CARTAO ----- 37,90

Md5: B45E3FA18E88E2781EE1BBC03183666
DAV: 0000008597
Vendedor.: 18 - SIMONE MONTEIRO DA SILVA
** VOCE ECONOMIZOU R\$ 25,40 **
aprox. (R\$) Fed: 5,10 Est: 0,00 Mun: 0,00
e: IBPT/FECOMERCIO PE S346R4
BKODHDFN CFUH7PF1 T9WDSK-TYNGELF1 C80D2F6U5HJ
BEMATECH MP-4000 TH F1 ECF-IF
VERSÃO: 01.00.02 ECF:001 LJ:0001
QQQQQQQQQQQQQQQYQYQORT 01/03/2018 14:58:15
FAR-8E091010100010050764 BR

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.

IM:0000000000000000

CNPJ: 06626253010700 I.E: 023563761

Av Presidente Getúlio

- Novo, OLINDA - PE

DANFE NFC - o Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#COD	DESCR	QTD	UN	VAL UNIT	RS	TOT ITEM	RS
1 165441	ANOXICILINA 500MG CAPS/15		BN-EWS	+		1 CX	29.94
Desconto							-19.49
2 165441	ANOXICILINA 500MG CAPS/15		BN-EWS	+		1 CX	29.94
Desconto							-19.49
QTD. TOTAL DE ITENS							2
VALOR TOTAL RS							20.90
Dinheiro							20.90

T R O C O R\$: 4.10

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

**OLA MARNEIDE, SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.**

PARABENS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 30,99

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SA

CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAQUEHENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 887.***.***-20
Operador: 68430 Vendedor: 61511
Itrib aprop R\$:1,41 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mun
Fonte: IBPT ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

0306 6262 5301 0700 6501 5000 0022 6910 0010 8920

REF: 88217205420 NORTEVIE, ROD. SANTOS PEREIRA

Resposta: 14 - 16 - 22 - 24



Protocolo de Autorização: 326180080490614
13/03/2018 08:43:51

rede VIA CLIENTE C
FARMACIA DO POV CNPJ:65.165.328/0001-23
AV. ARGEN CASTEL BRAN OLINDA
CREDITO A VISTA
TOTAL: R\$ 37,90
VISA 4555*****6801
AUTO: 0003439 01-02-18 13127



CÓPIA AUTÉNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DÉFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 9295 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A, CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO
Ofício nº. 131 / 2018 Data 16 / 3 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A, CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:57 do dia 16 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA filha(a) de ANTONIO DAVI PEREIRA e de MARIA APARECIDA DOS SANTOS, de cor NÃO-INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, aparentando a idade de 45 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de PERNAMBUCO, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4102166, profissão NÃO INFORMADO, endereço NÃO INFORMADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NÃO INFORMADO, telefone/s NÃO INFORMADO, sinal particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa a periciada ter sido vítima de acidente de trânsito por volta das 14:30 do dia 22/02/2018, na Rua do Sol, nesta Cidade de Recife, sendo socorrida na UPA24h do Município de Olinda-PE, de onde traz xerox da guia de atendimento de urgência, do dia 27/02/2018, assinada pelo médico Sidney Ribeiro, CRM-PE 24.842, onde consta: "Atendimento: 1260197 - data e hora: 27/02/2018 às 21:21 - Paciente: 113014 Marineide dos Santos Pereira ... Queixa principal: febre + ... (ilegível) Hipótese diagnóstica: ... (ilegível) conduta terapêutica: penicilina 1.200.000 IM Profenid 01 amp IM, Decacon 01 amp IM... (ilegível)", traz ainda xerox do protocolo de classificação de risco do mesmo serviço do mesmo dia, realizado pela Enfermeira Alexandra da Silva Ferreira, COREN: 138761: "Realto de febre com inicio hoje, ferida infectada em perna esquerda (quimadura)...".

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ao exame pericial visualizei ferimento na face ântero-medial da perna direita, medindo nos seus maiores eixos 230 mm por 26 mm de comprimento, com metade da área recoberta por costas serosas e a outra metade com cicatriz de coloração rosa, como também vi mancha cicatricial hipercrônica e linear na face posterior do antebraço direito medido 30 mm de comprimento.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

NECESSITA PERÍCIA COMPLEMENTAR 30 DIAS APÓS A DATA DO ACIDENTE, PARA QUE SE POSSA AVALIAR A EXISTÊNCIA OU NÃO DE INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 DIAS.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Outro(s) / Diversos. Instrumento contundente e energia de ordem física (calor),

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Aguardar exame complementar.

CÓPIA AUTÉNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). SAÚLO PADILHA VILELA - CRM 10960.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Sessão 16 Procedimento
De acordo com o Regulamento em vigor, é aprovada esta cópia
autenticada com valor de original por solicitação
de MARINGUE DOS SANTOS

18/10/11 18 432
Pelo Ofício N° 432
Data de 18/10/11
Aqui dou fé e Assino.



Funcionário - Matrícula
Fabio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



CÓPIA AUTÉNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 15966 / 2018

REFERENTE AO LAUDO Nº / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO
Ofício nº. 428 / 2018 Data 3 / 5 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:06 do dia 3 de Maio de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA filha(a) de ANTONIO DAVI PEREIRA e de MARIA APARECIDA DOS SANTOS de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Divorciado (a), aparentando a idade de 45 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de BAHIA, nacionalidade BRASIL, documento apresentado Documento: Carteira de habilitação - 04180255323, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda retorna para exame complementar de perícia traumatológica realizada dia 16/03/18 realizada por Dr Saulo Vilela - CRM 10960, na qual consta que pericianda foi vítima de acidente de trânsito no dia 22/02/18 com sendo observado ao exame ferimento em face ântero-medial de perna direita com áreas de crosta serosa e áreas de cicatriz rósea. Pericianda retorna sem queixas, com relato de ferimento cicatrizado.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz hipercrônica em face ântero-medial de perna esquerda, medindo cerca de 220mm x 30mm.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado e dos achados ao exame, concluo que a pericianda foi vítima de traumatismo antigo por instrumento de energia de ordem física (queimadura) com posterior cicatrização, o qual gerou deformidade evidente a nível tegumentar em perna esquerda.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido/ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

NÃO.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

SIM. DEFORMIDADE PERMANENTE.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim.

Página 1 de 2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). ANA CLÁUDIA CONRADO DE OLIVEIRA - CRM 25115.

Ana Cláudia Conrado
Médica Legista - IML
CRM 25115 Mat. 386.540-1

Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Sérgio da Prado

De acordo com o legista, foi enviado este laudo
autenticado, com vista de projeto, por assinatura
do MALNEIDE DOS S.

PELELES 585
11/05/18 a que dou fé o Assinante.

Fundamente - Detalhe

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



