



RESINTRAN

07 FEV 2014

**Unidade Mista Olívia Mendonça Souto Maior**

CLÍNICA MÉDICA, CIRÚRGICA, GINECOLÓGICA, LABORATÓRIO, OBSTETRICA, ODONTOLOGIA, PEDIATRIA E IMUNIZAÇÃO

Rua Dantas Barreto, 18 - Saure - PE - CEP: 55695-000 - Fone: (81) 3748.1145

CNPJ: 09.794.975/0110-97

**R E C E I T U Á R I O**

Foro Antônio Mendes  
HRA (Lançamento)  
Senha 4310564

Vitória acidente de  
ciclismo às 15h.  
Tratando ferida aberta

14/12/13

Data

Dra. Jurema Xavier  
Médica  
CREMEPE - 7895

Médico

PSF:

Paciente:

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

Data

Ass. médico

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

4154

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 19387 Prontuário: 212386

Nome: JOAO ANTONIO DE MENEZES  
 Data Nasc.: 21/07/1975 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS: 898002392412482  
 Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE Nº: 0  
 Bairro: CENTRO Cidade: SAIRE Estado: PE  
 CEP: 55695970 Fone: 98099211 Profissão:  
 Nome da Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO Data: 14/12/2013 19:28 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Tranco no pulso D.*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

*Dor no art. pulso D (+++/4+)*

Diag. Provisório:

RESINTRAN

07 FEV 2014

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

*Rx de pulso*

*Dr. Marcelo Rosendo*  
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
 CRM - 17.221  
 RBO - 12.921

Epidemiologia - HRA

14/12/13  
 X - OIA  
 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA

## 3 - Evolução / Exames

11/12/13 *João da Costa*

*Dr. Marcelo Rosendo*  
TRAUMATOLOGIA  
CRM - 17.221  
TEOT - 12.921

## Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

## Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

RESINTRAN

07 FEV 2014

Assinatura

## Diag. Definitivo:

*Lesão do joelho*

## Destino do Paciente

(/ ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

## Condição de Alta

( ) Curado (/) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: 14/12/13 Hora: 20:45 Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

12/14/2013 7:29:05 PM

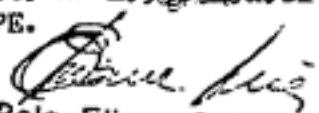
2 de 2

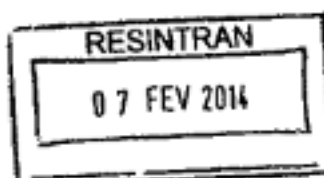
Usuario do Atendimento  
Dr. Marcelo Rosendo  
TRAUMATOLOGIA  
CRM - 17.221  
TEOT - 12.921

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

TOM431



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5384093
DATA DE EXPEDIÇÃO	24.04.1995
NOME	
JOÃO ANTONIO DE MENEZES	
FILIAÇÃO	
Horacio Antonio de Menezes	
Osita Maria da Conceição	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
Sairé PE	21.07.1975
DOC. ORDEM C. Masc. nr 1.539-1-A.01 F.136 - Car	
de Sairé PE.	
 Belo Horizonte, 07 de Fevereiro de 1995 LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE PERNAMBUCO	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO TAVARES BURIL	
09R17	
	
ANALFABETO	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

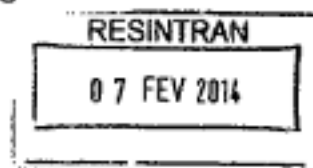
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 067.795.014-41

Nome da Pessoa Física: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: **16:35:03**: do dia **07/02/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **DBD8.60F2.417A.E609**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DUT

\*1004032\*



RESINTRAN

07 FEV 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102210095

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO  
1 110080130 \*\*\*\*\* 2013

GENI RUFINO TORRES

SAIRE-PE

091.321.424-80

KKI2738

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*CHASSI  
9C2HB02109R013632

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD  
HONDA/POP100 2008 2009

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/97CL PARTIC AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
IPVA 2013 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*

FAZIA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO 30/07/13

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA  
SAIRE-PE 30/07/13

Assinatura: Maria de Fátima Dacosta E. Costa

Assinatura: TRAN/PE

PE Nº 010102210095

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

091.321.424-80

PLACA

KKI2738

GENI RUFINO TORRES

SAIRE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010102210095

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

30/07/13

091.321.424-80

PLACA

KKI2738

RENAVAM MARCA/MODELO  
110080130 HONDA/POP100

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI  
2008 09 9C2HB02109R013632

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) COTA ÚNICA PARCELADO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04  
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
E NÃO É DE PORTE OBTENTÁ-LO

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

RESINTRAN

Eu, Isaac Antonio de Menezes, portador da carteira de identidade nº 5384098 e inscrito no CPF/MF sob o nº 062893314-44, residente e domiciliado na R. Am Cidade Seuro Estado Paraná 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

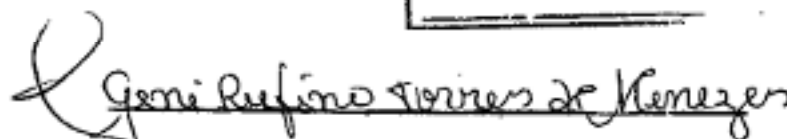
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

RESINTRAN

07 FEV 2014



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Seuro 03/02/14

Local e data

OUTROS



\*1004054\*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CE/RAL 7.532.548 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 04/02/2013

NOME  
<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

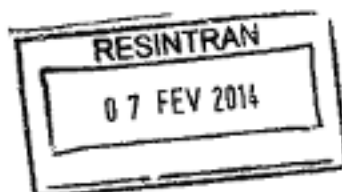
FILIAÇÃO  
<< JOÃO JOSÉ DE TORRES >>  
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
SAIRÉ - PE 28/03/1990

DOC. ORIGINAL << 077487 01 55 2012 2 00017 093  
0000733 22 SAIRÉ-PE >>

CNPJ  
091.321.424-80

LEI Nº 9.070/2006 F-53 90.705 - 3113



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁBUAS RUA 09R-53

FOTO

ASSINATURA DO TITULAR

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Antônio de Menezes

PORTADOR(A) DO RG Nº 5384093

EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_

EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF 06349301471 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Antônio de Menezes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



RESINTRAIN

07 FEV 2014

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 2530 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 031089

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Bohary Seixas

DATA 03/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

João Antônio de Menezes

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

07 FEB 2014

Deposito em Conta Corrente

Deposito de	110,00
FABRICA CILINDRO	0,00
Valor em dinheiro	110,00
Valor em cheque	
Valor total	110,00

Valor total  
Ag Brancos 0,00  
Café de leite 0,00  
**SOMA**  
R\$ 0,00

RECEITAS  
FARMACIA PAES  
287600

D. JESSICA MARIA MOURA DA SILVA  
ME atua como Gerente Responsável Banco do Brasil S/A

Commissie van de Oorlog  
QUINTONIA BRUGGEND  
0800 727 9533



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 101A. CIRCUNSCRICAO - SAIRE

07 FEV 2014

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0191000022

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/01/2014 às 10:31

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 14/12/2013 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, ACIDENTE OCORRIDO NO SÍTIO BREJO VELHO -**  
Bairro: **CENTRO** - Município: **SAIRE** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**  
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**JOÃO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES**



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

(VITIMA) - **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**  
Mãe: **OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO**; Pai: **HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES** Data de Nascimento: **21/7/1978**; Nacionalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **5384093/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **ANALFABETO**; Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, N°35 VALE VERDE, 55000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**  
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**  
Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**



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

**MOTO HONDA POP (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**  
Cor: **NAO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** - Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )**

Complemento / Observação

**A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PILOTAVA SUA MOTO HONDA POP, QUANDO EM UMA CURVA DO SÍTIO BREJO VELHO, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTO E VEIO A CAIR E TORCEU O JOELHO DIREITO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DEVIDO A**

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=191&idOc=4295671&t..> 21/1/2014

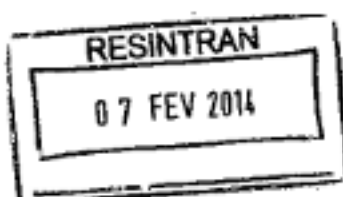
GRAVIDADE DO FERIMENTO RECEBENDO ALTA APÓS UM DIA DE INTERNAMENTO. DIANTE DO EXPOSTO NOTICIOU O ACIDENTE NO TRANSITO.

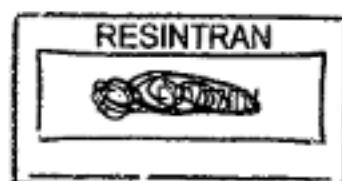
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOÃO ANTONIO DE MENEZES  
(VITIMA)



B.O. registrado pelo policial: JOÃO GENUINO DO NASCIMENTO - Matrícula 143096-6





Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 101A. CIRCUNSCRICAO - SAIRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0191000072

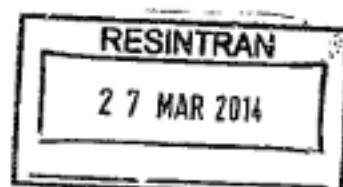
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/03/2014 às 12:49

Número do B.O. que este complementa: 14E0191000022

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 14/12/2013 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, ACIDENTE OCORRIDO NO SÍTIO BREJO VELHO - Bairro: CENTRO - Município: SAIRE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**  
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**GENI RUFINO TORRES (OUTRO)**  
**JOÃO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES**

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

**(VITIMA) - JOÃO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

**Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO; Pai: HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1976; Nacionalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Documentos: 8384093/8BP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: ANALFABETO; Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de**

**Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, N°36 VALE VERDE, 85000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**

**Endereço Comercial: NÃO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NÃO INFORMADO**

**(OUTRO) - GENI RUFINO TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino**

**Mãe: MARIA RUFINO DA SILVA; Pai: JOÃO JOSE DE TORRES Data de Nascimento: 28/3/1990; Nacionalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Documentos: 7532548/8DS/PE (RG), 09132142480 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: NAO INFORMADO;**

**Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 95129451**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE, N°36 VALE VERDE., 85000-000, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**

**Endereço Comercial: NÃO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NÃO INFORMADO**

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

MOTO HONDA POP (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENI RUFINO TORRES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / POP 100 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=191&idOc=4396159&...> 11/3/2014

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: 0,00 (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KK12738 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO) Renavam: 118080130 Chassi: 6C2HB02109R013632

Ano / fabricação/Modelo: 2008 / 2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

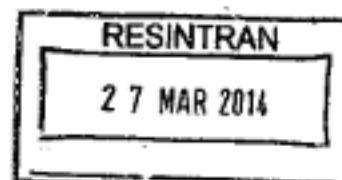
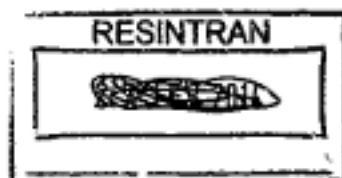
A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PLOTAVA SUA MOTO HONDA POP100, QUANDO EM UMA CURVA DO SÍTIO BREJÓ VELHO, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTO E VEIO A CAIR E TORCEU O JOELHO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO RECEBENDO ALTA APÓS UM DIA DE INTERNAMENTO. DIANTE DO EXPOSTO NOTICIUO O ACIDENTE NO TRÂNSITO. O BO QUE ESTE COMPLEMENTA É REFERENTE A PROPRIETARIA DA MOTO.

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

JOÃO ANTONIO DE MENEZES  
(VITIMA)

X Geni Rufino Torres  
GENI RUFINO TORRES  
(OUTRO)

B.O. registrado pelo policial: JOÃO GENUINO DO NASCIMENTO - Matrícula: 143086-6



*[Handwritten signature]*  
ROBERT CAMPBELL  
CHURCH

RECEIVED BY DIRECTOR OF AEC  
(815 PM)

SECRET



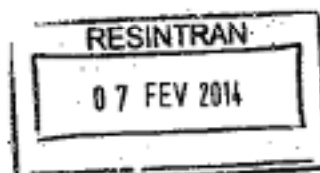
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Antonio de MenezesRG nº 5384099, data de expedição      /      /     , Órgão     

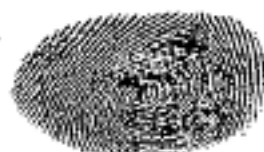
CPF nº 067.795014-4 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Elm</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	<u>LOTA Vale Verde</u>
Bairro	<u>Seiro / COHAB</u>
Cidade	<u>Lot Vale Verde Seiro</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55695000</u>
Telefone de Contato	<u>1819926-8193</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Seiro 03/02/14

Assinatura do Declarante:

João Antonio de Menezes





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Joao Antonio de Menezes  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Um, 36  
Lote Vale Verde Sairé PE CEP: 55695-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 5384093  
Data local do exame: [ 15/04/2014 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Contusão de joelho direito.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

**(X) Sim** ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

**(X) Sim** ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**tratado conservadoramente, sem complicações.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

**(X) Sim** ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Perda de força moderada no membro inferior direito, claudicação de marcha.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**membro inferior**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

**(X) 50% médio** ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

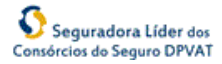
( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Leonardo Neves**  
Médico  
CRM 17 742

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014107909**Cidade:** Sairé**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOAO ANTONIO  
DE MENEZES**Data do acidente:** 14/12/2013**Emissor do  
parecer:** José Artur  
Fialho  
Amorim**Seguradora:** ARUANA  
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 314742

## PARECER

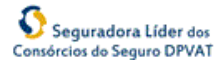
**Data da análise:** 08/04/2014**Valoração do  
IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO**Resultados  
terapêuticos:** DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO**Sequelas  
permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:** JOELHO 50%**Documentos  
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** ARTUR**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014107909**Cidade:** Sairé**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOAO ANTONIO DE MENEZES**Data do acidente:** 14/12/2013**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 17742

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MID**Descrição do exame médico pericial:** Perda de força moderada no membro inferior direito, claudicação de marcha.**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM MID**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 15/04/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LEONARDO NEVES**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

**% Dimensão Graduação**

70 1 50

**Valor avaliado:** 4.725,00