

**Unidade Mista Olília Mendonça Souto Maior**

CLÍNICA MÉDICA, CIRÚRGICA, GINECOLÓGICA, LABORATÓRIO, OBSTÉTRICA, ODONTOLOGIA, PEDIATRIA E INVESTIGAÇÃO

Rua Dantes Barreto, 18 - Saíré - PE - CEP: 55695-000 - Fone: (81) 3748.1145

CNPJ: 09.794.675/0110-97

**R E C E I T U Á R I O**

José Antônio Messias  
HRA (Tomar)  
Senha 4310564

Vítima acidente de  
moto ciclote le + 3h.  
Festina fechada (filhos)

14/12/13  
Data \_\_\_\_\_

Dra. Jurema Xavier  
Médica  
CREMEPE - 1895  
  
Médico

PSF:

Paciente:

| ITEM | DESCRIÇÃO | QUANT. | APRESENTAÇÃO | DOSAGEM |
|------|-----------|--------|--------------|---------|
|      |           |        |              |         |
|      |           |        |              |         |
|      |           |        |              |         |

Data \_\_\_\_\_

Ass. médico

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**

**- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                |                         |              |           |             |                 |
|------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|-------------|-----------------|
|                                                |                         | Atendimento: | 19387     | Prontuário: | 212386          |
| Nome:                                          | JOAO ANTONIO DE MENEZES | Sexo:        | MASCULINO | Cor:        | PARDA           |
| Data Nasc.:                                    | 21/07/1975              | Idade:       | 38        | 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:<br><i>Torco no joelho D.</i>                                                                        |                        |                            |
| Exame Físico:                                                                                                               | PA: _____              | FC: _____ FR: _____        |
| <i>Torco art. joelho D (+++/4+)</i>                                                                                         |                        |                            |
| Diag. Provisório:                                                                                                           |                        |                            |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>RESINTRAN</b><br/> <b>07 FEV 2014</b> </div> |                        |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|------|-------|---|----------|---|--|------------------------------|--|--|
| Prescrição:                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Díeta:              | Horário |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| Data                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>Alx d joelho</i> |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                     |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| <i>Dr. Manoel Rosendo<br/>DATA 14/12/2013<br/>CRM 112921<br/>PEOT 12921</i>                                                                                                                                                                                                                        |                     |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| <b>Epidemiologia-HRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">DATA</td> <td style="width: 33%;">RÁTIO</td> <td style="width: 33%;">X</td> </tr> <tr> <td>14/12/14</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</td> </tr> </table> |                     |         | DATA | RÁTIO | X | 14/12/14 | X |  | HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE |  |  |
| DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RÁTIO               | X       |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| 14/12/14                                                                                                                                                                                                                                                                                           | X                   |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |
| HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |         |      |       |   |          |   |  |                              |  |  |

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

1/1/2013 *Porto da Fraternidade*

Dr. Marcelo Rosendo  
CRM - 17.221  
TEOT - 12.921

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Autorização de Procedimento

RESINTRAN

Paciente  Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

07 FEV 2014

Assinatura

Diag. Definitivo:

*Lecio de jesus*

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

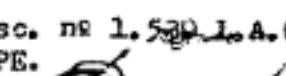
2 de 2

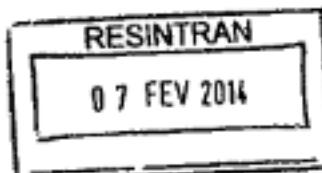
Usuario do Atendimento  
Dr. marcelo Rosendo  
TRAMARO - ORQUESTA SANGELASSB  
CRM - 17.221  
TEOT - 12.921

1820-1840S IN RUSSIA

二〇〇〇年



|                                                                     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                |                                                                                                             |
| REGISTRO<br>GERAL                                                   | DATA DE<br>EXPEDIÇÃO 24.04.1995                                                                             |
| DOIS                                                                |                                                                                                             |
| JOÃO ANTONIO DE MENEZES                                             |                                                                                                             |
| FUNÇÃO                                                              | Horacio Antônio de Menezes                                                                                  |
|                                                                     | Osita Maria da Conceição                                                                                    |
| NATURALIDADE                                                        |                                                                                                             |
| Sairé PE.                                                           | DATA DE NASCIMENTO<br>21.07.1975                                                                            |
| DOC. ORIGEM C. Masc. no 1.529.1.01 F.136 - Carteira<br>de Sairé PE. |                                                                                                             |
| CPF                                                                 | <br>Belchior Menezes Lira |





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

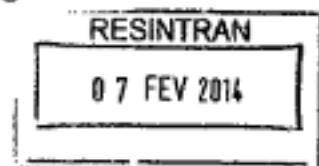
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 067.795.014-41

Nome da Pessoa Física: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00



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

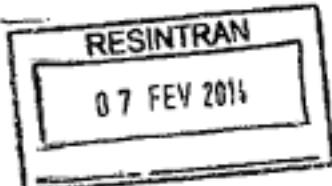
Código de controle do comprovante: DBD8.60F2.417A.E609

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\*



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

|                                    |                    |                    |                   |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| VIA                                | COD. RENAVAM       | INTRC              | EXERCÍCIO         |
| 1                                  | 118080130          | *****              | 2013              |
| GENI RUFINO TORRES                 |                    |                    |                   |
| SAIRE-PE                           |                    |                    |                   |
| CPF/CNPJ                           | PLACA              |                    |                   |
| 091.321.424-80                     | KK12738            |                    |                   |
| PLACANT/UF                         | CHASSI             |                    |                   |
| *****                              | 9C2HB02109R013632  |                    |                   |
| PAS                                | MOTOR/CIL. (cc)    | COMBUSTÍVEL        |                   |
| HONDA/POP100                       | 125                | BRASILINA          |                   |
| MARCA/MODELO                       | ANO/FAB.           | ANO MOD.           |                   |
| HONDA/POP100                       | 2008               | 2009               |                   |
| CAP/POT/OL                         | CATEGÓRIA          | COR PREDOMINANTE   |                   |
| 2P/97CL                            | PARTIC             | AZUL               |                   |
| I COTA ÚNICA                       | VENC. COTA ÚNICA   | VENC. COTAS        |                   |
| P IPVA 2013 QUITADO                | 1º *****           | 1º *****           |                   |
| V FAIXA IPVA                       | PARCELAMENTO/COTAS | 2º *****           |                   |
| A 1                                | *****              | 3º *****           |                   |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)             | IPF (R\$)          | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURO PAGO                        |                    |                    |                   |
| OBSERVAÇÕES                        |                    |                    |                   |
| SEM RESERVA                        |                    |                    |                   |
| LOCAL                              |                    | DATA               |                   |
| SAIRE-PE                           |                    | 30/07/13           |                   |
| Maracá-de-Fátima Descreva R. Costa |                    | TRAN/PF            |                   |

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS OU TERRESTRES OU POR SUA CARGA APENAS TRANSPORTADAS OUTRA SÉRIE DOPVAT

EXERCÍCIO 2013

091.321.424-80 CPF/CNPJ

PLACA KK12738

GENI RUFINO TORRES

SAIRE-PE

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

PE N° 010102210095 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 30/07/13

118080130 RENAVAM HONDA/POP100 MARCA / MODELO

9C2HB02109R013632 CHASSI

2008 ANO/FAB. 09 CAT/PLA

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IPF (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A**

CNPJ 09.248.608/0001-04  
DESTAQUE: E GUARDE O BILHETE DPVAT  
NÃO É DE JURTE, PROTÓTIPO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

RESINTRAN

Eu, Isocélio Antônio de Menezes, portador da carteira de identidade nº 5384093 e inscrito no CPF/MF sob o nº 06784331444, residente e domiciliado na Rua, Cidade Saíno, Estado Rio Grande do Sul, 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



Geni Rufino Torres de Menezes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Saíno 03/02/14

Local e data

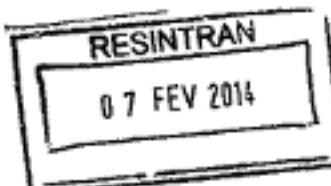
OUTROS

\*1004054\*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

|                                                                              |                                  |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| REGISTRO GERAL<br>NOVO                                                       | 7.532.548                        | DATA DE EXPEDIÇÃO<br>04/02/2013 |
| << GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>                                          |                                  |                                 |
| FILIAÇÃO                                                                     |                                  |                                 |
| << JOÃO JOSÉ DE TORRES >>                                                    |                                  |                                 |
| << MARIA RUFINO DA SILVA >>                                                  |                                  |                                 |
| NATURALIDADE<br>SAIRÉ - PE                                                   | DATA DE NASCIMENTO<br>28/03/1990 |                                 |
| DOC. ORIGINA<br><< 077487 01 55 2012 2 00017 093<br>0000733 22 SAIRÉ - PE >> |                                  |                                 |
| CPF<br>091.321.424-80                                                        |                                  |                                 |
| F-53 90.705 - 3/13                                                           |                                  |                                 |





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, José Cintorim de MenezesPORTADOR(A) DO RG Nº 53.840.93

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

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

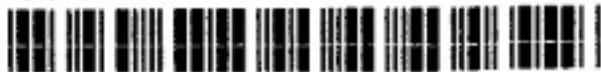
CPF 063-491-04-43 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ➡

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

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Cintorim de Menezes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep 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.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



RESINTRAN

07 FEV 2018

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

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 SISDPVAT 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 631089

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Ribeirão SecinhoDATA 03/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Germinal Rufino Ferreira de Menezes

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$15.500,00 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 invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com 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.

RESINTRAN

07 FEV 2014

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

**BOLETIM DE OCORRENCIA N°. 14EO191000022**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, ACIDENTE OCORRIDO NO SITIO 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  
 M<sup>as</sup>o: OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO; P<sup>ai</sup>: HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1978; Materialidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: 6384093/BSP/PE (RG) Estado Civil: CABADO(A); Escolaridade: ANALFABETO; Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1, RUA NOEMIA BANTOS ALBUQUERQUE, N°36 VALE VERDE, 56000-080, CENTRO, SAIRE, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

**RESINTRAN**  
 BOLETIM DE OCORRENCIA

"TUJUQUZB"



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: NÃO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: NÃO INFORMADO ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )

Complemento / Observação

**A VITIMA COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PILOTAVA SUA MOTO HONDA POP, QUANDO EM UMA CURVA DO SITIO 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**

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

JOÃO ANTONIO DE MENEZES  
(VITIMA)

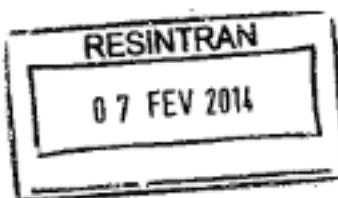


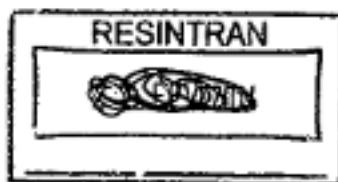
X

*[Large, faint, illegible signature or mark over the bottom left portion of the page]*



B.O. registrado pelo policial: JOÃO GENUÍNO DO NASCIMENTO - Matrícula: 148096-6





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 N°. 14E0191000072

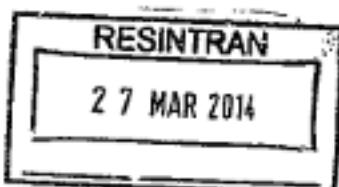
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/03/2014 às 12:49

Número do BO 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 SITIO 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) envolvida(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Srt(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; Pat: HORÁCIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1975; Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documentos: 6384093/BBP/PE (RG) Estado Civil: CABADO(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°38 VALE VERDE, 55000-000, 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; Pat: JOÃO JOSE DE TORRES Data de Nascimento: 28/3/1990; Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documentos: 7602548/BBP/PE (RG), 09132142480 (CPF) Estado Civil: CABADO(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°38 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): GENI RUFINO TORRES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES

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

<http://www.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=191&idOc=4396159&t...> 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: KKH2738 ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO ) Renavam: 118080130 Chassi: SC2HB02109RD13632  
Ano Fabricação/Modelo: 2008 / 2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

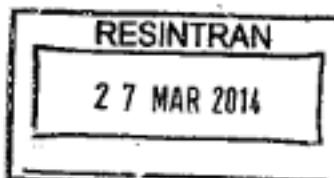
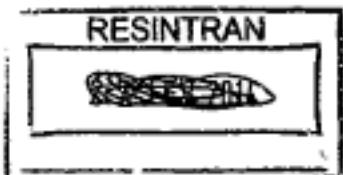
A VITIMA COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA NOTICIANDO QUE QUANDO NO MES DE DEZEMBRO PILOTAVA SUA MOTO HONDA POP100, QUANDO EM UMA CURVA DO SITIO BREJÓ VELHO, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTO E VEIO A CAIR E TORCEU O JOELHO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO RECEBENDO ALTA APÓS UM DIA DE INTERNAMENTO. DIANTE DO EXPOSTO NOTICIOU O ACIDENTE NO TRANBITO. 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



<sup>10</sup> See also the discussion of the "right to be forgotten" in the European Union's General Data Protection Regulation (GDPR), Article 17(1).

GUANAHACIBA QUITO, 1993-1994. 1993-1994. 1993-1994. 1993-1994. 1993-1994. 1993-1994.

• **Wetlands**: wetlands are areas where water covers the soil or is present either at or near the surface year-round.

Wolff, J. (1992). *Reinventing the self:修復自我的新方法*. (Translated by Wang, Y. & Li, X.). Beijing: Chinese University Press.

INDUSTRIAL AND COMMERCIAL BUILDINGS IN THE REGION OF KALININGRAD, 1990

“*Wages of Capital*” by A. C. Harberger, NBER, No. 227.

1970年9月25日，中国科学院植物研究所与美国加利福尼亚州立大学洛杉矶分校（UCLA）签署了《中美两国科学家合作研究协议》，决定在中美两国科学家之间建立长期的科学合作关系。该协议规定，双方将定期派遣科学家进行学术交流，并在各自的研究领域内开展合作研究。同时，双方还将共同组织学术会议，促进两国科学家之间的学术交流。

Digitized by srujanika@gmail.com

*Montezuma* *lutea* *var.* *lutea*  
PICKET CREEK HILLS  
CONTINUED

新竹市新竹路二段 314 號 3F AOT  
(911) 377-1

Digitized by srujanika@gmail.com

— 9 —



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Antônio de Menezes

RG nº 53824093, data de expedição / /, Órgão

CPF nº 064.795.014-4 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. Irm</u>                     |
| Número                            | <u>36</u>                         |
| Apto / Complemento                | <u>Lote Vale Verde</u>            |
| Bairro                            | <u>Serraria / Costa</u>           |
| Cidade                            | <u>Ieti Vale Verde / Serraria</u> |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>                 |
| CEP                               | <u>55695 000</u>                  |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 9 926-8193</u>            |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santo Amaro - 03/02/14

RESINTRAN

07 FEV 2014

Assinatura do Declarante:

X Geni Rufino Torren de Menezes



RESINTRAN

07 FEV 2014

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.435, de 29/04/02.

Data de Vencimento

07/01/2013

Total a Pagar (R\$)

40,80

Conta Contrato: 2601301019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VILA 36 LOTE VALE VERDE

COHAB SANTANA  
60680-000 SANTA CATARINA

ATENÇÃO!

A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento das contas de energia elétrica.  
Valor: 01 mês(s) Valor: Vencido: 01 mês(s) Valor:  
01/12/2012 20/12/2012 30,80

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nas agências da operação de crédito do SPC e SERASA, comprovando credenciamento. Esta comunicação não substitui a avaliação das autoridades competentes que abrem os debates em discussão.

HISTÓRICO FISCAL

Valor (R\$)

| MES/AN | VALOR |
|--------|-------|
| NOV 12 | 40,80 |
| DEZ 12 | 0,00  |
| JAN 13 | 0,00  |
| FEB 13 | 0,00  |
| MAR 13 | 0,00  |
| ABR 13 | 0,00  |
| MAY 13 | 0,00  |
| JUN 13 | 0,00  |
| JUL 13 | 0,00  |
| AGO 13 | 0,00  |
| SET 13 | 0,00  |
| OCT 13 | 0,00  |
| NOV 13 | 0,00  |
| DEZ 13 | 0,00  |
| JAN 14 | 0,00  |
| FEB 14 | 0,00  |
| MAR 14 | 0,00  |
| ABR 14 | 0,00  |
| MAY 14 | 0,00  |
| JUN 14 | 0,00  |
| JUL 14 | 0,00  |
| AGO 14 | 0,00  |
| SET 14 | 0,00  |
| OCT 14 | 0,00  |
| NOV 14 | 0,00  |
| DEZ 14 | 0,00  |
| JAN 15 | 0,00  |
| FEB 15 | 0,00  |
| MAR 15 | 0,00  |
| ABR 15 | 0,00  |
| MAY 15 | 0,00  |
| JUN 15 | 0,00  |
| JUL 15 | 0,00  |
| AGO 15 | 0,00  |
| SET 15 | 0,00  |
| OCT 15 | 0,00  |
| NOV 15 | 0,00  |
| DEZ 15 | 0,00  |
| JAN 16 | 0,00  |
| FEB 16 | 0,00  |
| MAR 16 | 0,00  |
| ABR 16 | 0,00  |
| MAY 16 | 0,00  |
| JUN 16 | 0,00  |
| JUL 16 | 0,00  |
| AGO 16 | 0,00  |
| SET 16 | 0,00  |
| OCT 16 | 0,00  |
| NOV 16 | 0,00  |
| DEZ 16 | 0,00  |
| JAN 17 | 0,00  |
| FEB 17 | 0,00  |
| MAR 17 | 0,00  |
| ABR 17 | 0,00  |
| MAY 17 | 0,00  |
| JUN 17 | 0,00  |
| JUL 17 | 0,00  |
| AGO 17 | 0,00  |
| SET 17 | 0,00  |
| OCT 17 | 0,00  |
| NOV 17 | 0,00  |
| DEZ 17 | 0,00  |
| JAN 18 | 0,00  |
| FEB 18 | 0,00  |
| MAR 18 | 0,00  |
| ABR 18 | 0,00  |
| MAY 18 | 0,00  |
| JUN 18 | 0,00  |
| JUL 18 | 0,00  |
| AGO 18 | 0,00  |
| SET 18 | 0,00  |
| OCT 18 | 0,00  |
| NOV 18 | 0,00  |
| DEZ 18 | 0,00  |
| JAN 19 | 0,00  |
| FEB 19 | 0,00  |
| MAR 19 | 0,00  |
| ABR 19 | 0,00  |
| MAY 19 | 0,00  |
| JUN 19 | 0,00  |
| JUL 19 | 0,00  |
| AGO 19 | 0,00  |
| SET 19 | 0,00  |
| OCT 19 | 0,00  |
| NOV 19 | 0,00  |
| DEZ 19 | 0,00  |
| JAN 20 | 0,00  |
| FEB 20 | 0,00  |
| MAR 20 | 0,00  |
| ABR 20 | 0,00  |
| MAY 20 | 0,00  |
| JUN 20 | 0,00  |
| JUL 20 | 0,00  |
| AGO 20 | 0,00  |
| SET 20 | 0,00  |
| OCT 20 | 0,00  |
| NOV 20 | 0,00  |
| DEZ 20 | 0,00  |
| JAN 21 | 0,00  |
| FEB 21 | 0,00  |
| MAR 21 | 0,00  |
| ABR 21 | 0,00  |
| MAY 21 | 0,00  |
| JUN 21 | 0,00  |
| JUL 21 | 0,00  |
| AGO 21 | 0,00  |
| SET 21 | 0,00  |
| OCT 21 | 0,00  |
| NOV 21 | 0,00  |
| DEZ 21 | 0,00  |
| JAN 22 | 0,00  |
| FEB 22 | 0,00  |
| MAR 22 | 0,00  |
| ABR 22 | 0,00  |
| MAY 22 | 0,00  |
| JUN 22 | 0,00  |
| JUL 22 | 0,00  |
| AGO 22 | 0,00  |
| SET 22 | 0,00  |
| OCT 22 | 0,00  |
| NOV 22 | 0,00  |
| DEZ 22 | 0,00  |
| JAN 23 | 0,00  |
| FEB 23 | 0,00  |
| MAR 23 | 0,00  |
| ABR 23 | 0,00  |
| MAY 23 | 0,00  |
| JUN 23 | 0,00  |
| JUL 23 | 0,00  |
| AGO 23 | 0,00  |
| SET 23 | 0,00  |
| OCT 23 | 0,00  |
| NOV 23 | 0,00  |
| DEZ 23 | 0,00  |
| JAN 24 | 0,00  |
| FEB 24 | 0,00  |
| MAR 24 | 0,00  |
| ABR 24 | 0,00  |
| MAY 24 | 0,00  |
| JUN 24 | 0,00  |
| JUL 24 | 0,00  |
| AGO 24 | 0,00  |
| SET 24 | 0,00  |
| OCT 24 | 0,00  |
| NOV 24 | 0,00  |
| DEZ 24 | 0,00  |
| JAN 25 | 0,00  |
| FEB 25 | 0,00  |
| MAR 25 | 0,00  |
| ABR 25 | 0,00  |
| MAY 25 | 0,00  |
| JUN 25 | 0,00  |
| JUL 25 | 0,00  |
| AGO 25 | 0,00  |
| SET 25 | 0,00  |
| OCT 25 | 0,00  |
| NOV 25 | 0,00  |
| DEZ 25 | 0,00  |
| JAN 26 | 0,00  |
| FEB 26 | 0,00  |
| MAR 26 | 0,00  |
| ABR 26 | 0,00  |
| MAY 26 | 0,00  |
| JUN 26 | 0,00  |
| JUL 26 | 0,00  |
| AGO 26 | 0,00  |
| SET 26 | 0,00  |
| OCT 26 | 0,00  |
| NOV 26 | 0,00  |
| DEZ 26 | 0,00  |
| JAN 27 | 0,00  |
| FEB 27 | 0,00  |
| MAR 27 | 0,00  |
| ABR 27 | 0,00  |
| MAY 27 | 0,00  |
| JUN 27 | 0,00  |
| JUL 27 | 0,00  |
| AGO 27 | 0,00  |
| SET 27 | 0,00  |
| OCT 27 | 0,00  |
| NOV 27 | 0,00  |
| DEZ 27 | 0,00  |
| JAN 28 | 0,00  |
| FEB 28 | 0,00  |
| MAR 28 | 0,00  |
| ABR 28 | 0,00  |
| MAY 28 | 0,00  |
| JUN 28 | 0,00  |
| JUL 28 | 0,00  |
| AGO 28 | 0,00  |
| SET 28 | 0,00  |
| OCT 28 | 0,00  |
| NOV 28 | 0,00  |
| DEZ 28 | 0,00  |
| JAN 29 | 0,00  |
| FEB 29 | 0,00  |
| MAR 29 | 0,00  |
| ABR 29 | 0,00  |
| MAY 29 | 0,00  |
| JUN 29 | 0,00  |
| JUL 29 | 0,00  |
| AGO 29 | 0,00  |
| SET 29 | 0,00  |
| OCT 29 | 0,00  |
| NOV 29 | 0,00  |
| DEZ 29 | 0,00  |
| JAN 30 | 0,00  |
| FEB 30 | 0,00  |
| MAR 30 | 0,00  |
| ABR 30 | 0,00  |
| MAY 30 | 0,00  |
| JUN 30 | 0,00  |
| JUL 30 | 0,00  |
| AGO 30 | 0,00  |
| SET 30 | 0,00  |
| OCT 30 | 0,00  |
| NOV 30 | 0,00  |
| DEZ 30 | 0,00  |
| JAN 31 | 0,00  |
| FEB 31 | 0,00  |
| MAR 31 | 0,00  |
| ABR 31 | 0,00  |
| MAY 31 | 0,00  |
| JUN 31 | 0,00  |
| JUL 31 | 0,00  |
| AGO 31 | 0,00  |
| SET 31 | 0,00  |
| OCT 31 | 0,00  |
| NOV 31 | 0,00  |
| DEZ 31 | 0,00  |
| JAN 32 | 0,00  |
| FEB 32 | 0,00  |
| MAR 32 | 0,00  |
| ABR 32 | 0,00  |
| MAY 32 | 0,00  |
| JUN 32 | 0,00  |
| JUL 32 | 0,00  |
| AGO 32 | 0,00  |
| SET 32 | 0,00  |
| OCT 32 | 0,00  |
| NOV 32 | 0,00  |
| DEZ 32 | 0,00  |
| JAN 33 | 0,00  |
| FEB 33 | 0,00  |
| MAR 33 | 0,00  |
| ABR 33 | 0,00  |
| MAY 33 | 0,00  |
| JUN 33 | 0,00  |
| JUL 33 | 0,00  |
| AGO 33 | 0,00  |
| SET 33 | 0,00  |
| OCT 33 | 0,00  |
| NOV 33 | 0,00  |
| DEZ 33 | 0,00  |
| JAN 34 | 0,00  |
| FEB 34 | 0,00  |
| MAR 34 | 0,00  |
| ABR 34 | 0,00  |
| MAY 34 | 0,00  |
| JUN 34 | 0,00  |
| JUL 34 | 0,00  |
| AGO 34 | 0,00  |
| SET 34 | 0,00  |
| OCT 34 | 0,00  |
| NOV 34 | 0,00  |
| DEZ 34 | 0,00  |
| JAN 35 | 0,00  |
| FEB 35 | 0,00  |
| MAR 35 | 0,00  |
| ABR 35 | 0,00  |
| MAY 35 | 0,00  |
| JUN 35 | 0,00  |
| JUL 35 | 0,00  |
| AGO 35 | 0,00  |
| SET 35 | 0,00  |
| OCT 35 | 0,00  |
| NOV 35 | 0,00  |
| DEZ 35 | 0,00  |
| JAN 36 | 0,00  |
| FEB 36 | 0,00  |
| MAR 36 | 0,00  |
| ABR 36 | 0,00  |
| MAY 36 | 0,00  |
| JUN 36 | 0,00  |
| JUL 36 | 0,00  |
| AGO 36 | 0,00  |
| SET 36 | 0,00  |
| OCT 36 | 0,00  |
| NOV 36 | 0,00  |
| DEZ 36 | 0,00  |
| JAN 37 | 0,00  |
| FEB 37 | 0,00  |
| MAR 37 | 0,00  |
| ABR 37 | 0,00  |
| MAY 37 | 0,00  |
| JUN 37 | 0,00  |
| JUL 37 | 0,00  |
| AGO 37 | 0,00  |
| SET 37 | 0,00  |
| OCT 37 | 0,00  |
| NOV 37 | 0,00  |
| DEZ 37 | 0,00  |
| JAN 38 | 0,00  |
| FEB 38 | 0,00  |
| MAR 38 | 0,00  |
| ABR 38 | 0,00  |
| MAY 38 | 0,00  |
| JUN 38 | 0,00  |
| JUL 38 | 0,00  |
| AGO 38 | 0,00  |
| SET 38 | 0,00  |
| OCT 38 | 0,00  |
| NOV 38 | 0,00  |
| DEZ 38 | 0,00  |
| JAN 39 | 0,00  |
| FEB 39 | 0,00  |
| MAR 39 | 0,00  |
| ABR 39 | 0,00  |
| MAY 39 | 0,00  |
| JUN 39 | 0,00  |
| JUL 39 | 0,00  |
| AGO 39 | 0,00  |
| SET 39 | 0,00  |
| OCT 39 | 0,00  |
| NOV 39 | 0,00  |
| DEZ 39 | 0,00  |
| JAN 40 | 0,00  |
| FEB 40 | 0,00  |
| MAR 40 | 0,00  |
| ABR 40 | 0,00  |
| MAY 40 | 0,00  |
| JUN 40 | 0,00  |
| JUL 40 | 0,00  |
| AGO 40 | 0,00  |
| SET 40 | 0,00  |
| OCT 40 | 0,00  |
| NOV 40 | 0,00  |
| DEZ 40 | 0,00  |
| JAN 41 | 0,00  |
| FEB 41 | 0,00  |
| MAR 41 | 0,00  |
| ABR 41 | 0,00  |
| MAY 41 | 0,00  |
| JUN 41 | 0,00  |
| JUL 41 | 0,00  |
| AGO 41 | 0,00  |
| SET 41 | 0,00  |
| OCT 41 | 0,00  |
| NOV 41 | 0,00  |
| DEZ 41 | 0,00  |
| JAN 42 | 0,00  |
| FEB 42 | 0,00  |
| MAR 42 | 0,00  |
| ABR 42 | 0,00  |
| MAY 42 | 0,00  |
| JUN 42 | 0,00  |
| JUL 42 | 0,00  |
| AGO 42 | 0,00  |
| SET 42 | 0,00  |
| OCT 42 | 0,00  |
| NOV 42 | 0,00  |
| DEZ 42 | 0,00  |
| JAN 43 | 0,00  |
| FEB 43 | 0,00  |
| MAR 43 | 0,00  |
| ABR 43 | 0,00  |
| MAY 43 | 0,00  |
| JUN 43 | 0,00  |
| JUL 43 | 0,00  |
| AGO 43 | 0,00  |
| SET 43 | 0,00  |
| OCT 43 | 0,00  |
| NOV 43 | 0,00  |
| DEZ 43 | 0,00  |
| JAN 44 | 0,00  |
| FEB 44 | 0,00  |
| MAR 44 | 0,00  |
| ABR 44 | 0,00  |
| MAY 44 | 0,00  |
| JUN 44 | 0,00  |
| JUL 44 | 0,00  |
| AGO 44 | 0,00  |
| SET 44 | 0,00  |
| OCT 44 | 0,00  |
| NOV 44 | 0,00  |
| DEZ 44 | 0,00  |
| JAN 45 | 0,00  |
| FEB 45 | 0,00  |
| MAR 45 | 0,00  |
| ABR 45 | 0,00  |
| MAY 45 | 0,00  |
| JUN 45 | 0,00  |
| JUL 45 | 0,00  |
| AGO 45 | 0,00  |
| SET 45 | 0,00  |
| OCT 45 | 0,00  |
| NOV 45 | 0,00  |
| DEZ 45 | 0,00  |
| JAN 46 | 0,00  |
| FEB 46 | 0,00  |
| MAR 46 | 0,00  |
| ABR 46 | 0,00  |
| MAY 46 | 0,00  |
| JUN 46 | 0,00  |
| JUL 46 | 0,00  |
| AGO 46 | 0,00  |
| SET 46 | 0,00  |
| OCT 46 | 0,00  |
| NOV 46 | 0,00  |
| DEZ 46 | 0,00  |
| JAN 47 | 0,00  |
| FEB 47 | 0,00  |
| MAR 47 | 0,00  |
| ABR 47 | 0,00  |
| MAY 47 | 0,00  |
| JUN 47 | 0,00  |
| JUL 47 | 0,00  |
| AGO 47 | 0,00  |
| SET 47 | 0,00  |
| OCT 47 | 0,00  |
| NOV 47 | 0,00  |
| DEZ 47 | 0,00  |
| JAN 48 | 0,00  |
| FEB 48 | 0,00  |
| MAR 48 | 0,00  |
| ABR 48 | 0,00  |
| MAY 48 | 0,00  |
| JUN 48 | 0,00  |
| JUL 48 | 0,00  |
| AGO 48 | 0,00  |
| SET 48 | 0,00  |
| OCT 48 | 0,00  |
| NOV 48 | 0,00  |
| DEZ 48 | 0,00  |
| JAN 49 | 0,00  |
| FEB 49 | 0,00  |
| MAR 49 | 0,00  |
| ABR 49 | 0,00  |
| MAY 49 | 0,00  |
| JUN 49 | 0,00  |
| JUL 49 | 0,00  |
| AGO 49 | 0,00  |
| SET 49 | 0,00  |
| OCT 49 | 0,00  |
| NOV 49 | 0,00  |
| DEZ 49 | 0,00  |
| JAN 50 | 0,00  |
| FEB 50 | 0,00  |
| MAR 50 | 0,00  |
| ABR 50 | 0,00  |
| MAY 50 | 0,00  |
| JUN 50 | 0,00  |

**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

"Sem sequela permanente"

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**membro inferior**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

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

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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

**Valorização 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

| <b>Dano</b>                               | <b>%</b> | <b>Dimensão</b> | <b>Graduação</b> |
|-------------------------------------------|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25       | 1               | 50               |

**Valor avaliado:** 1.687,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

---

|                                           |                                                        |                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Número:</b> 2014107909                 | <b>Cidade:</b> Sairé                                   | <b>Natureza:</b> Invalidez                         |
| <b>Vítima:</b> JOAO ANTONIO DE<br>MENEZES | <b>Data do acidente:</b> 14/12/2013                    | <b>Emissor do<br/>parecer:</b> GALDINO<br>LEONARDO |
| <b>Seguradora:</b> ARUANA SEGUROS<br>S/A  | <b>Prestadora:</b> SAUDESEG Sistemas<br>de Saude Ltda. | <b>CRM do médico:</b> 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                                                  | %  | Dimensão | Graduação |
|-------------------------------------------------------|----|----------|-----------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 | 1        | 50        |

**Valor avaliado:** 4.725,00