

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Amadeus Manoel dos Santos

RG nº 8503248, data de expedição 19/09/2016, Órgão SDS / PE

CPF nº 014457094-73, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que 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>Intendente Ricarte Campina</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Lagoa da Canoa</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55820-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99984-3323</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Canipina 26 de dezembro de 2017

Assinatura do Declarante: Amadeus Manoel dos Santos





DADOS DO CLIENTE	
SAÉRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA	
CPF: 102.318.104-01	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA IPE AMARELO 72	
FLORESTINHA/CARPINHA 56817-120 CARPINHA PE	
<p>As comissões gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 014/2010), taxas, produtos, serviços prestados e tributos só são sujeitos à disponibilidade, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p>	

DATA DE VENCIMENTO <b>26/12/2017</b>	
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>201,27</b>	
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	
RESERVADO AO FISCO <b>F5CF.A376.7FCC.B4BA.7E20.66B4.010F.8382</b>	

Composição da redenção

TOUCH

### DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	226,00	0,68881727	154,63
Acréscimo Bandeira VERMELHA			13,92
Contribuição Iluminação Pública			14,57
ICMS Subvenção-CDE-NF 000509458-09/10/17			1,31
Retaguarda de Unidade Consumidora			7,43
Multa por atraso-NF 000509458 - 09/10/17			3,26
Multa por atraso-NF 000481470 - 08/11/17			3,02
Juros por atraso-NF 000481470 - 08/11/17			0,20
Juros por atraso-NF 000509458 - 09/10/17			1,85
Multazapte IGPM-NF 000481470 - 08/11/17			0,15
Atualização IGPM-NF 000509458 - 09/10/17			0,03
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>201,27</b>

### INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
166,45	25,00	41,11	166,45	0,90	1,51
			166,45	4,10	7,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh	
0,48035000		DEZ	17.000,00
		NOV	17.000,00
		CUT	17.000,00
		SET	17.000,00
		AGO	17.000,00
		JUL	17.000,00
		JUN	17.000,00
		MAR	17.000,00
		FEV	17.000,00
		JAN	17.000,00
		DEZ	17.000,00

### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉTODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIA	CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LITURA	DATA	LITURA				
00000003010161070	CAT	01/12/2017	16.017,00	15/12/2017	16.048,00	10	1.00000	0,00	71,00
00000003010161070	CAT	30/11/2017	16.017,00	01/12/2017	16.017,00	1	1.00000	0,00	0,00
00000003010161070	CAT	08/11/2017	14.663,00	30/11/2017	16.017,00	22	1.00000	0,00	164,00

DATA PREVISTA PARA A VERIFICAÇÃO FISCAL: 03/01/2018

### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA ANUAL	DATA
DIC-Não de horas nem Energia	CARPINA	0,00	5,43	10,96	21/12
RIC-Não de vezes nem Energia		0,00	0,36	0,72	12/12
DMC-Duração média de Interrupção contínua		0,00	0,11	0,00	0,00
DIRC-Duração de Interrupção em dia útil				Límite DIRC: 12,22	
DUSD-Valor da Encargos de Use e R\$ 55,73					
Todos Consumidores podem solicitar a execução das Indicadores DIC, RIC, DMC e DIRC a quaisquer horas					

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de fatura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão do fornecimento.  
Prazo: um atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.  
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

### NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL/VI	LIMITE DE VARIAÇÃO/VI	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

### AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Silvana Pimenta de Lima Ribeiro Mendes, inscrito (a) no CPF/CNPJ 102319104 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amadeus Manoel dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014457094 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido, da Vítima Amadeus Manoel dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014457094 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

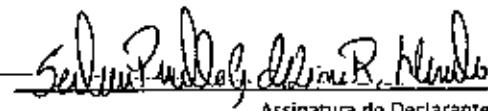
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Ipe Amarelo</u>		<u>72</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Floratânia</u>	<u>Carapina</u>	<u>PE</u>	<u>55810-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>silvanapimenta2@hotmail.com</u>			<u>81 99984-3723</u>

Carapina, 26 de Janeiro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Histiven Carlos da Silva

RG nº 7.669.796, data de expedição 31/04/2012

Órgão SBS, portador do CPF nº 076.336.674-94, com domicílio na cidade de LAGOA DO CARRO, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) loteamento Caso novo, nº 320,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima AMADEUS MANOEL DOS SANTOS cujo o condutor era AMADEUS MANOEL DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/XRE 300

Ano: 2014

Placa: OYR 3837

Chassi: 9C 2ND 1110 ER 01 9003

Data do Acidente: 27.8.2017

Local e Data: LAGOA DO CARRO

NOTÍCIA  
CARINA

Histiven Carlos da Silva  
Assinatura do Declarante

Amadeus manuel dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABLERONATO  
Poderoso dos Registros de Imóveis, Alimentos, Atos e Documentos Pomiculares e Poucos Andimes  
Av. Congresso Eucarístico internacional 128, Forneirinha (81) 3621-0410, Carpina-PE - carciofo.carpina@bol.com.br

JOSE MANOEL DA SILVA FILHO

Oficial

Reconheço, por autenticidade, que a TÍTULO: HISTIVEN CARLOS DA SILVA, lanchada em minha presença, dia: 06/02/2018, no CARPINA-PE, 27/01/2018, 13:45:09, Em: 13.99, TSH: 0.80, FEN: 0.40, Total: 4,79. Selo nº: 0074807.000120182.01397. Consulte a autenticidade em: [carciofo.1ºoficio.net.br](http://carciofo.1ºoficio.net.br) (Nega: Michela Galdino da Silva, Tabellata).



05 FEV. 2018

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSAS  
BOLETO DE EMERGÊNCIA  
Protocolo: 246875 CNIS:  
Nome: ANADEUS MANOEL DOS SANTOS  
End.: LIMA MACHADOS  
Cidade: LAGOA DO CARRO  
Mae: MARIA DAS DORES DOS SANTOS  
Profissão: ELETRICISTA



PERNAMBUCO

00010462

Idade: 23 Anos / Menses: 28 Dias Sexo: MASCULINO  
Nascimento: 30/08/1993 Est. Civil: CASADO(A)  
Bairro: CENTRO CEP: 55820000  
Nac.: BRASILEIRA Doc nº:  
Paiz: DAMIÃO MANOEL DOS SANTOS  
Responsável: ELIANE MARIA DA SIL. Tel.: 81 94198005

## Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Quebras/Eventos:  
27/08/2017 10:21 10462 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO DA MARCHA	CPA	PC	PULSO	PESO	ASSINATURA
10:21					
10:21					

## QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

## TRATAMENTO:

1. Queixa: Dolor no pé direito  
2. Diagnóstico: Tendinite  
3. Tratamento: Fisioterapia

1. Queixa: Dolor no pé direito  
2. Diagnóstico: Tendinite  
3. Tratamento: Fisioterapia

AUX. Técnicos Nels  
CRA-PE 21195

## EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Exame: Eletrocardiograma  
2. Exame: Radiografia

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

1. Tendinite

2. Tendinite

## MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA:  INTERNADO:

CURATIVO  BÁSICO  ESP  
 NEUROLÓGICO  PETRADA DE PONTO

TÉCNICO / CONSELHO

## SUSTENTATIVA:

CONSULTA DE PESO  CONSULTA DE ALTURA  
 CONSULTA DE TENSÃO  CONSULTA DE SÍNTESE

## ENCAMINHAMENTO:

MÉDICO / CRM

## REPROVADO:

HORÁRIO:

## ÓBITO:

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA  URG. ESPECIALIZADA

OBS. BÁSICA  OBS. ESPECIALIZADA

## DATA SAÍDA:

MÉDICO / CRM

## ORA SAÍDA:

HORA:

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

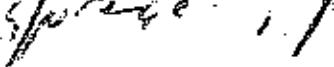
27/8/17 Acidik - do Neg. a year & 1 month

As in

EGR, descrito

€€€: 14

Q: Are NCR

Obs. sick posse H. P. n. d. e. j. - k. a. j. a. n. s. que ver. liso. as H. Esposse, p. 1550  
n. sobr. c. a. b. p. l. N. C. 

卷之三

232 *Journal of Health Politics, Policy and Law*

$$\sqrt{2} \cdot \sin(\theta) = \sin(\theta) + \sqrt{1 - \sin^2(\theta)} = \sqrt{2} \sin(\theta) \sqrt{1 + \cos(\theta)}.$$

17) *Georgius, Epistola ad Corin-*

## 1. *Introduction*

## Wise Protection from the Devil

## Chlorophylle und Chlorophyllin

Latin American Studies  
University of Michigan  
Ann Arbor MI 48106-1180

## TRAUMTOLOGIA

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**  
**HOSPITAL DA RESTAURADA**



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 1923392

Name: Amadeus Marcello Sarto

Foi atendido ás 11:01 hs. do dia 27/08/17

Diagnóstico Próvável: Urtíma de acetato auto-mobilístico apresentando fratura fechada diafragma de fundo (5) - Fratura de 1º, 4º e 5º metacarpo englobada em fratura puriforme + fratura fechada de rádio e ulna distais (6).

Tratamento Realizado: Paciente deu os relatos  
para elaboração da Neuroanamnese,  
recebendo alta da neurocirurgia.  
CD: Retorno ao hospital de origem  
para regimento do tratamento em forma  
hospital de convalescência.

Observação: O Retorno ao horizonte da origem  
O Ponto de Alta da Rua

Cópia de :

REC'D FG, 27/10/81/12

Médico - CRM 118

Dr. Neeraj Jain (Nitin)

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Amo das Manoel dos Santos  
HSR00

Paciente vítima de acidente  
de moto, mês 01 mês, ape-  
sar da fratura aberta de 0,  
foi submetido a tratamento  
cirúrgico com haste interna  
de ferro, no mês de outubro  
do ano de 2005

S723

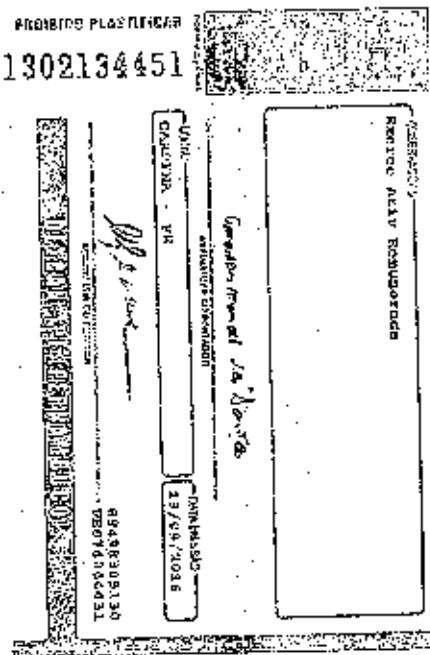
Dr. Daniel Campanelli Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 19433

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633  
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

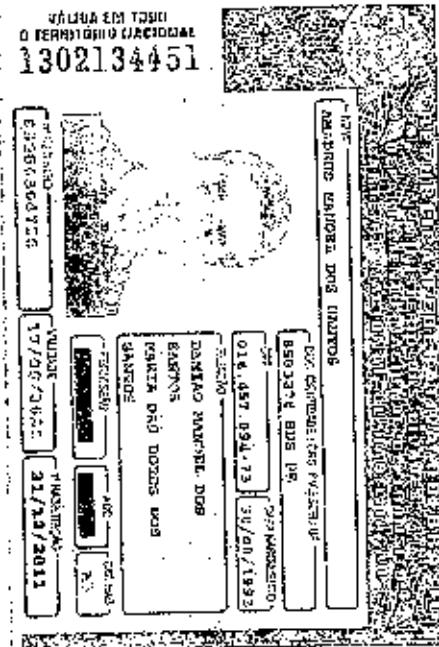
[@hapvidasaude](#) [@hapvidasaude](#) [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br)

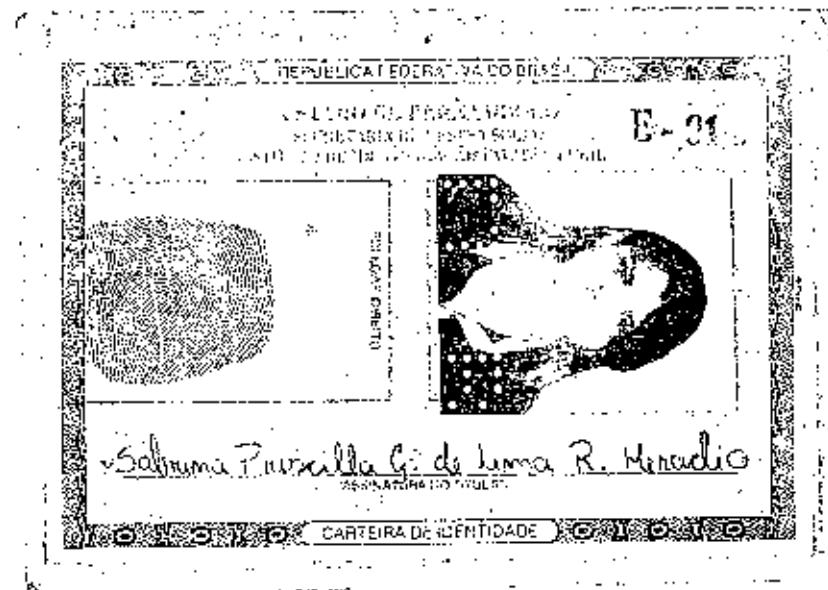


PROBIRIS PLASTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS FEDERATOS  
1302134451





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
VALOR	DATA
7.852,05	09/06/2011
NOME << SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA	
REZENDE HERACLIO >>	
PARENTS	
<< EDUARDO DE REZENDE HERACLIO >>	
<< SIMONE GOMES DE LIMA >>	
NATURALEZA	DATA DE NASCIMENTO
CARPINA - PE	18/01/1993
CÓD. ORIGEM << 0759530155 1994 1 00030 093	
0032303 19 CARPINA-PE >>	
CNPJ	
102.319.104-01	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LPIR / 1606200903	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: 1 COD. REGISTRO: 1013787741 DATA: 01/02/2017 EXERCÍCIO:  
\*\*\*\*\* 2017

NOME: HENRIQUE CARLOS DE SILVA

LAGOA DO CARBO - PE

CPF/CNPJ	PLACA	
076.303.574-56	0YR3337	
PLACAR/UF	CHASSI	
PE 444444 /PE	942M111000010000	
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL	
22.9 /MOTOCICLETA	ÁLCOOL/ETANOL	
DATA/ANO		
HONDA/XRE 300	2014 2014	
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
22/29/CL	PARTIC	VERMELHA
COTA ÚNICA		VENO/COTA ÚNICA
IPVA 2017 QUITADO		1º **** 2º **** 3º ****
PAGA I.P.S.A.		PAGAMENTO / COTAS
A 1		2º **** 3º ****
PRÉMIO TANQUEIRO (R\$ 100,00) PREÇO TOTAL (R\$ 0,00) DATA DE PAGAMENTO		
PRÉMIO FEITO		
OBSERVAÇÕES		
M. FIO. ADM CONS NAC HONDA LTDA		

LAGOA DO CARBO 04/02/17  
Charles Andrew Ribeiro  
Diretor-Presidente DETRAN/PE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180073003      **Cidade:** Lagoa do Carro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 27/08/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de diáfise de fêmur direito

Fratura de 1º, 4º e 5º metacarpos esquerdos

Fratura de fechada de rádio e ulna distal esquerdo submetida a tratamento cirúrgico

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO

Procuração

-0025-

**OUTORGANTE:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS  
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ELETRICISTA  
residente e domiciliado à Rua RES LUMA MACHADO N° 79  
Nº 19, Bairro RECANTO CARPINA Município de LAGOA DO CARRO  
estado de PE CEP 55820 000 portador(a) do RG Nº  
8503278 e CPF Nº 014.457.099-73

**OUTORGADO:** Sabrina Priscilla Gomes de Lima Rezende Heráclio, brasileira, solteira, profissão me recuso, residente e domiciliado na Rua Ipê Amarelo nº72, Bairro de Florestinha, município de Carpina, Estado de Pernambuco, CEP 55817-120, portador do RG. 7.852.057 SDS/PE e CPF Nº 102.319.104-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Amadeus Manoel dos Santos ocorrido em / / conforme registrado em BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LAGOA DO CARRO 23 de JANUÁRIO de 2018

Amadeus manoel dos Santos

OUTORGANTE

CPF Nº \_\_\_\_\_

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO** **JOSÉ MANOEL DA SIEVA FILHO**  
Ministro dos Registros de Imóveis, Heróicos, Testes e Documentos Notariais e Periciais Jurídicos  
Av. Congresso Eustônio Soárez, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpina-PE - cario.1o.carpina@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a Firma: AMADEUS MANOEL DOS SANTOS, lancada em minha presença, dou fé. CARPINATE  
23/01/2018 13:37:15. Enot:3,99; TMR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,79. Selo: nº 0074807.TYB01201802.01372. Consul: H. Autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/coligital/](http://www.tjpe.jus.br/coligital/) Marília Michele  
Silveira da Silva. Tabelião: Amadeus Manoel dos Santos

---

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS  
**Nº Sinistro:** 3180073003  
**Vitima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 27/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180073003**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180073003

**Vitima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 27/08/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180073003**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

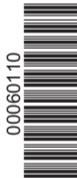
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Sinistro:** 3180073003

**Vítima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 27/08/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180073003** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Carta n°: 12665672

A/C: AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180073003  
**Vitima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 27/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: AMADEUS MANOEL DOS SANTOS**

**Valor:** R\$ 7.087,50

**Banco:** 237

**Agência:** 000001783-3

**Conta:** 0000017493-9

**Tipo:** CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	7.087,50

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de uma das mãos 70%

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 70%) 35,00%

**Valor a indenizar:** 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 70%) 17,50%

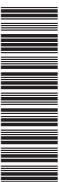
**Valor a indenizar:** 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180073003      **Cidade:** Lagoa do Carro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 27/08/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de fêmur direito. Fratura de 1, 4 e 5 metacarpos esquerdo. Fratura de rádio e ulna distais esquerdo

**Descrição do exame** Hipotrofia muscular do membro inferior direito. Limitação leve de força desse membro e discreta alteração da **médico pericial:** marcha. Limitação de grau moderado de força da mão esquerda com presença de cicatriz cirúrgica

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com haste intramedular no fêmur direito e fio de Kirschner na mão esquerda. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 2 meses, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional de grau leve do membro inferior direito causada pela hipotrofia muscular do membro. Limitação funcional moderada da mão esquerda causada pela consolidação viciosa das fraturas e bloqueio articular do punho

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito e da mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Leonardo Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180073003

**Nome do(a) Examinado(a):** AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** LO RECANTO CARPINA, 19 - LAGOA DO CARRO/PE - CEP 55820-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8503278 - sds-pe - 19/09/2016

**Data e Local do Acidente :** 27/08/2017 - Lagoa de Carro, PE

**Data e Local do Exame :** 10/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura de femur diafisária direito, fratura de 1, 4 e 5 metacarpos esquerdos, fratura de rádio e ulna distais esquerdos.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratado cirurgicamente com haste intra medular (femur direito) e fio K (mão esquerda), evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Vítima com hipotrofia muscular do membro inferior direito, com limitação na força de grau leve do membro inferior direito, sem prejuízo na mobilidade do membro, discreta alteração da marcha, com presença de cicatriz cirúrgica. Apresenta consolidação viciosa da fratura de punho e de metacarpos, com limitação de força de grau moderado na mão esquerda, com bloqueio articular do punho, com presença de cicatriz cirúrgica.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Limitação funcional de grau leve do membro inferior direito, com hipotrofia muscular do membro, moderado da mão esquerda, com consolidação viciosa das fraturas e bloqueio articular do punho

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal  
mão esquerda  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
membro inferior direito  
% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2116000164**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **14:42**

Complementa o BO Número: **17E2116001350**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **27/8/2017** às **09:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, RODOVIA PE-90 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponta de Referência: **PROXIMO A COMPESA**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR / AGENTE)  
 JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO (OUTRO)  
 HISTIVEN CARLOS DA SILVA (OUTRO)  
 CARLOS DANILÓ FERREIRA DE BARROS (TESTEMUNHA)  
 AMADEUS MANOEL DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

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

**AMADEUS MANOEL DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS** Pai: **DAMIÃO MANOEL DOS SANTOS** Data de Nascimento: **30/8/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 16, RESIDENCIAL LUNA MACHADO - CEP: 0 - Bairro: RECANTO CARPINA - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/5/1973** Naturalidade: **CONDADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DESCOPERTA , 142 - CEP: 0 - Bairro: SAO JOSE - CARPINA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**CARLOS DANILÓ FERREIRA DE BARROS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN FERREIRA DE LIMA BARROS** Pai: **MANUEL DE BARROS** Data de Nascimento: **25/10/1984** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA EMANCIPADORES , 530 - CEP: 0 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

• NÃO HÁ (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**HISTIVEN CARLOS DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HISTIVEN CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMADEUS MANOEL DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: Não  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYR3837** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101379774** Chassi: **9C2ND1110ER019003**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/KA** Objeto apreendido: Não  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PWB4917** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

Complemento / Observação

**FOMOS INFORMADOS ATRAVÉS DO BO-PM 2734/17, RELATANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL, FATO ESSE OCORRIDO NA PE-90 NAS PROXIMIDADES DO LOTEAMENTO PARK RECREIO. A VÍTIMA AMADEUS FOI SOCORRIDA PELO SAMU COM POSSÍVEIS FRATURAS NO PUNHO E Perna.**

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

*Amadeus manuel dos Santos*

**JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**  
(OUTRO)

**CARLOS DANILÓ FERREIRA DE BARROS**  
(TESTEMUNHA)

Condutor da ocorrência:  
Nome: **SGTO MEDEIROS**  
Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **104577-6** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **2. BATALHÃO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado por: **EDUARDO ANTONIO DA SILVA** - Matrícula: **350819-6**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E2116000421**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2018** às **12:02**Complementa o BO Número: **18E2116000164**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **27/08/2017** às **09:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, RODOVIA PE-90** - Bairro: **CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A COMPESA**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTORA/AGENTE)  
 JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO (OUTRO)  
 HISTIVEN CARLOS DA SILVA (OUTRO)  
 CARLOS DANILÓ FERREIRA DE BARROS (TESTEMUNHA)  
 AMADEUS MANOEL DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AMADEUS MANOEL DOS SANTOS  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO

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

**AMADEUS MANOEL DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS** Pai: **DAMIÃO MANOEL DOS SANTOS** Data de Nascimento: **30/8/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 16, RESIDENCIAL LUNA MACHADO - CEP: 0 - Bairro: RECANTO CARPINA - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/3/1973** Naturalidade: **CONDADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DESCOPERTA , 142 - CEP: 0 - Bairro: SAO JOSE - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CARLOS DANILÓ FERREIRA DE BARROS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN FERREIRA DE LIMA BARROS** Pai: **MANUEL DE BARROS** Data de Nascimento: **25/10/1984** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA EMANCIPADORES , 530 - CEP: 0 - Bairro: CAJA - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**HISTIVEN CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HISTIVEN CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMADEUS MANOEL DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YR3837** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101378774** Chassi: **9C2ND1110ER019003**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

**AUTOMÓVEL (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/KA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PWB4917** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

#### Complemento / Observação

**FOMOS INFORMADOS ATRAVÉS DO BO-PM 2734/17 , RELATANDO UM ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL,ONDE A VITIMA AMADEUS MANOEL DOS SANTOS CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRIAMINADQA ANTEIRAMENTE NO SENTIDO CARPINHA/LAGOA DO CARRO QUANDO TENTOU ULTRAPASSAR UM VEÍCULO FORD K SENDO QUE NESSE INSTANTE ESTE VEÍCULO DOBROU A ESQUERDA SEM SINALIZAR CHEGANDO A COLICIR COM A MOTO DA VITIMA QUE A CITADA MOTO ENCONTRA-SE EM NOME DE HISTIVEN CARLOS DA SILVA. FATO ESSE OCORRIDO NA PE-90 NAS PROXIMIDADES DO LOTEAMENTO PARK RECREIO. A VITIMA AMADEUS FOI SOCORRIDA PELO SAMU COM POSSIVEIS FRATURAS NO PUNHO E PERNAS.**

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

**JOSÉ MARCOS BATISTA DO NASCIMENTO**  
**(OUTRO)**

**CARLOS DANILO FERREIRA DE BARROS**  
**(TESTEMUNHA)**

##### Condutor da ocorrência:

Nome: **SOTO MEDEIROS**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **104577-6** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **2. BATALHÃO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado por: **EDUARDO ANTONIO DA SILVA** - Matrícula: **350819-6**



MÉDICO REGULADOR <i>Rodolfo</i>	TABM	OPERADOR DE FROTA <i>Joséene</i>				
DATA <i>27/10/12 09:47 h</i>	AP. OCORRÊNCIA <i>S 3793 11</i>	BASE DA UNIDADE <i>VS8</i>				
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE 90</i>	MUNICÍPIO <i>L. do Carro</i>					
BAIRRO <i>Residencial</i>	PONTO DE REFERÊNCIA <i>próximo posto São Lucas</i>					
NAME DA VITIMA <i>Amadeus Manoel dos Santos</i>	IDADE <i>23 Anos</i>	SEXO <i>M</i>				
EOLICITANTE <i>populares</i>	NP CARTÃO SIS					
QUEIXA <i>Acidente de moto</i>						
COMUNICAÇÃO	SAÍDA DA BASE <i>09:47</i>	CHEGADA NO LOCAL <i>09:49</i>	SAÍDA DO LOCAL <i>10:10</i>	CHEGADA NO DESTINO <i>10:55</i>	SAÍDA NO DESTINO <i>13:17</i>	CHEGADA NA BASE <i>13:37</i>

ORIENTAÇÃO  TRANSPORTE  TRANSFERÊNCIA  CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO  LOCAL NÃO ENCONTRADO  CANCELADA

Transferência (Cenna)

TIPOS DE AGRAVOS

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	FAB	OLIMPIADAS	<b>SAFETY CORRETORA</b>
<input type="checkbox"/> PEDESTRE	FAP	TELE	
<input type="checkbox"/> CONDUTOR DE VÉHICULO	DINE/DO-OBSTÉTRICO	CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> PESSAGEIRO DE VÉHICULO	LESÕES TÉCNICAS	ELETRO	<i>05 FEVEREIRO</i>
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	PEDIATRICO	OUTROS	
<input type="checkbox"/> CLÍNICA	PSIQUIATRICA		
<input type="checkbox"/> DESALIMENTO-OTERRAMENTO	QUASE AFOGAMENTO		
<input type="checkbox"/> ELETROCURAÇÃO	QUECA	METRO	<b>DPVAT</b>

ANTECEDENTES

AIDS	DIABETES	DROGADIGAÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDÍACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	INTERAMENTO ANTERIORES
AVC	DOENÇA MENTAL	MEDICAMENTO
CRURURIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	OUTROS
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

AGITAÇÃO/ADRESSIVIDADE	DIARRÉIA	PALIDEZ
ALERGIA	DIFÍCULDADE RESPIRATÓRIA	SANGRAMENTO
AUSÊNCIA DE PULSO	DOR LOCAL	VÓMITO
CIANOSE	FEBRE	OUTROS:
CONVULSÃO	INCONSCIÊNCIA/ESTÔMICO	

MÍDIA DOS SINTOMAS:  MENOS DE 1 HORA  1 A 3 HORAS  MAIS DE 4 HORAS  MÍDIA DE 24 HORAS  NÃO GÁSE

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP. AXILAR	GLICEMIA	SATURAÇÃO O2%	ESCALA DE GLASGOW
<i>402000</i>							
INÍCIO	<i>80x60</i>	<i>80</i>	<i>37</i>	<i>361</i>	<i>98.1</i>		
FIN					<i>mg/dl</i>		

RESPIRAÇÃO

LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	NORMAL	NORMAL
OBSTRUÇÃO FARIAL	PARADA RESPIRATÓRIA	RONCOS/SÍBILOS	SUPERFICIAL
TOTAL	ASSTÍTIDA	ESTERTORES	REGULAR
CORPO ESTRANHO	RITMO IRREGULAR	DIMINUIÇÃO MV	IRREGULAR
BRONCOSASPIRAÇÃO		AUSÊNCIA MV	
EDEMA DE CLOTE			

PRINCIPAIS LESÕES	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TORAX	ABDOMEN	PELVE	MS		MI		OBSERVAÇÃO
								E	D	D	D	
AMPLOTAÇÃO												
CONTUSÃO												
ESCORIAÇÃO												
ESMAGAMENTO												
PERFORANTE												
CONTUSO												
FRATURA FECHADA								X		X		
FRATURA ABERTA												
ACELERAÇÃO												
LUXAÇÃO												

X	AGITAÇÃO	SINAL DE GUAXININ DIREITO	PARESTESIA
	BLOCALÉNCIA	SINAL DE GUAXININ ESQUERDO	ARREFLEXIA
	COMA	AFASIA	PUPILA REAGENTE
	CONTUSÃO	MIDES DIREITA	PUPILA NÃO REAGENTE
	CONVULSÃO	MIDES ESQUERDA	OUTROS:
	OTERGALGIA DIREITA	MIDRIASE DIREITA	
	OTORRAGIA ESQUERDA	MIDRIASE ESQUERDA	
	SINAL BATTLE DIREITO	PARALÍSIA	
	SINAL BATTLE ESQUERDO	PARESIA	
	RIGIDEZ DE NUCA	ANESTESIA	

SEGMENTO		
PESCOÇO	ABDÔMEN	UROGENITAL
DESMO TRAQUEIA	DISTENSIÃO ASCITE	UROGENITAL
HOITAL	DOLOROSO DEPESA	CHORDÃO DIREITO
TURGÊNCIA JUGULAR	ESPIENOMEDIALIA	GUDARNO ESQUERDO
ENFISEMA SUBCUTÂNEO	ESPENOMEDIALIA	HEMATURIA
OUTROS	IRRITAÇÃO	
	NORMAL	
	OUTROS	

ABORTAMENTO	HEMORRAGIA	NORMAL	SEMANAS
TRABALHO DE PARTO:	BOLSA ROTA:	SANGRAMENTO:	NASCIMENTO:
PARTO ÚNICO:	GÊMEOS:	LÍQUIDO MEDORIAL:	
Observações			

DIAGNÓSTICO: *Luis Edvaldo Melo  
Operação Traqueostomia  
CRM-PE 21795*

TERAPÉUTICA UTILIZADA: *SAFETY CORRETORA*

DESTINO: *05 FEB 2018*

UNIDADE HOSPITALAR: *HR 2*

MUNICÍPIO: *Timóteo*

PERFIL DO PACIENTE: *DPVAT*

PERTENCES DO PACIENTE: *05 FEB 2018*

DESCRIÇÃO: *Nome e função do receptor*

ASSINATURA: *Jurandir Melo  
Coloproctologista  
Assinatura Carimbo - ME*

EQUIPE: *MÉDICO REGULADOR* *MÉDICO ASSISTENTE* *TÉCNICO DE ENFERMAGEM* *CONDUTOR* *EFDT*

*Maria Auxiliadora Balson*

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMADEUS MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000000017493-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO13042018050000000002370178300000017493708750 PAGO