



VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1420916898

JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISORA / UF  
5539170 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO  
037.445.644-53 07/11/1977

FILIAÇÃO  
JOSE IVANILDO  
CAVALCANTE DA SILVA  
MARLENE CAVALCANTE DA  
SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
AD

REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
01972157354 10/01/2022 12/09/2001

OBSERVAÇÕES  
SEM observações

*Jose Ivanildo da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL DATA EMISSÃO  
CARPINA - PE 14/01/2017

*Chárlis*  
Chárlis Andreia Souza Ribeiro  
Delegada Presidente  
43447091806  
PR077100514

PERNAMBUCO

PREMIUM VERIFICAR  
1420916898

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012036277162  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COO RENAVAM 895950982 R.N.T.R.C. 2015 EXERCÍCIO 2015

SILVIA DIAS DE MELO

CARPINA-PE

CPF/CNPJ 082.253.854-70

PLACA KKC2774

PLACA ANT. (U) 9C6KE093080006078 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2006

CAP/MOT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1ª VENC. COTAS 2ª VENC. COTAS 3ª

FEVA 2015 QUITADO P FOMATIVA PARCELAMENTO COTAS V A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICIO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

CARPINA LOCAL 18/06/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

18/06/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

18/06/15

18/06/15

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RES  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADAS QUINA

PE Nº 012036277162 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SILVIA DIAS DE MELO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CARPINA-PE EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 18/06/15

VIA 1 CPF/CNPJ 082.253.854-70 PLACA KKC2774

RENAVAM 895950982 MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E

ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2006 CHASSI 9C6KE093080006078

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
SINÃO SE TRATA DE BILHETE OBRIGATORIO.

SAFETY  
CORRETORA

05 FEV. 2018

DPVAT

**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:** 3180071364

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA  
JUNIOR

**Endereço do(a) Examinado(a):** LOT JUA, 11 - LT02 - CARPINA/PE - CEP  
55716-285

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 5539170 - ssp-pe - 24/01/2017

**Data e Local do Acidente :** 15/11/2017 - Carpina, PE

**Data e Local do Exame :** 23/02/2018 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 fibula distal esquerda

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

Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem  
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias

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

vítima com déficit de força de grau leve do membro inferior esquerdo, com  
consolidação viciosa da fratura, discreta alteração da marcha, edema local.

**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 esquerdo, com  
consolidação viciosa

**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

membro inferior esquerdo

% 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

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071364 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 22/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## DANOS

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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071364 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de fíbula distal esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** Déficit de grau leve do membro inferior esquerdo. Discreta alteração da marcha

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 45 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do membro inferior esquerdo causada pela consolidação viciosa da fratura

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/02/2018

**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 esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Leonardo Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## 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:**

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Sinistro: 3180071364

Vítima: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 15/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**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 3180071364** 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, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12467325

A/C: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180071364  
Vítima: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR  
Data do Acidente: 15/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004057

Conta: 000001063446-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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**



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



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

037.445.644-52

Nome completo da vítima

João Francisco Cavalcanti Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

João Francisco Cavalcanti Silva

CPF titular da conta

037.445.644-52

Profissão

Endereço

R. Jua

Número

19

Complemento

Bairro

Sto. Antônio

Cidade

Carpin

Estado

PE

CEP

55810-000

E-mail

marcelo.cavalcanti@hotmail.com

Telefone (DDD)

(81) 97915-3756

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Santander

HRG

033

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DPV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

4053

DPV

CONTA

Nº

063446

DPV

2

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Carpin, 05 de 12 de 2018

Local e Data

João Francisco Cavalcanti Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Caixas Eletrônicas Santander  
EXTRATO DE CONTA CORRENTE 7 DIAS

25/11/2017 09:07:29 DATA CONTABIL: 27/11/2017  
LOCAL: 033.4057 CARPINA  
TRANSACAO: 0603573 TERMINAL: 0000161

JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA CARTAO: 3265  
BANCO: 033 AGENCIA: 4057 CONTA: 01-063466-2

SALDOS	
SALDO CONTAMAX	64,26
(-) PROVISAO DE ENCARGOS	18,73
(=) SALDO DISP. CONTAMAX	64,26
(+) LIM. MASTER 10 D. S/ JUROS	105,00
(=) SALDO DISPONIVEL TOTAL	40,74



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVIA DIAS DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apreendido: Não  
Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Boletim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPrev...

Placa: **KKQ2774** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Ransom: **885980982** Chassi: **9C6KE093080006078**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006**

**Complemento / Observação**

A VÍTIMA VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, EM CARPINA NA PE 90, PERTO DO CLAUDIO DO GESSO, TINHA UM QUEBRA MOLA, QUANDO DESEQUILIBROU E CAIU, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE LIMOEIRO.

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

*Jose Manoel Cavalcante da Silva Junior*

JOSE MANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR

(VITIMA)

B.O. registrado por: *Adriane Maria Franca Guimarães* - Matrícula: 3809811



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Jose Francisco Cavalcante dos S. Jr. 033.445.644-52 15/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SAUSA

PERNAMBUC

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº OCORRÊNCIA:

00029285

Prontuário: 153075 CNS: 848064851491784 Idade: 40 Anos 8 Dias Sexo: MASCULINO  
Nome: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR Nascimento: 07/11/1977 Est.Civil: CASADO(A)  
End.: JUA Bairro: SANTO ANTÔNIO CEP: 55819110  
Cidade: CARPENA Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 5539170  
Mãe: MARLENE CAVALCANTE DA SILVA Pai: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA  
Profissão: MOTORISTA Responsável: O MESMO Tel.: 81 84343961

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

15/11/2017 10:05 29285 ORTOPEDIA

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

*Dores no pescoço*  
*U. Pescoço dorso*  
*do pescoço dorso*  
*etc - H. Cervical*  
*Hospital Ess. de Carpena*

TRATAMENTO:

*1. Cetorprofeno*  
*et prof. 100*  
*2. DMS 100*  
*H. Cervical*  
*5299381*

EXAMES COMPLEMENTARES:

*U. Dorsal / P. e*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

*Fisio. m. e. lateral*

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP  
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETERADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMITIDO: *H. de Carpena*  
ORBITO: *Enferm.*  
SS \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M do dia \_\_\_\_

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA  
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 15/11/2017 10:05:45 RECERCIÓNISTA: TATIANA JULIANE FERNANDES ARAUJO

*Dores no pescoço dorso de*  
*procedimento*



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04057

CONTA: 000001063446-2

---

Nr. da Autenticação 4D8146D98EE9441C



# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, SILVIA DIAS DE MELO

RG nº 5804990, data de expedição 13/09/11

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 222.253.254-70, com domicílio na cidade de Carpina, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Padre Rocha - São José - nº 177

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSE LUIZ VIANA G. DA SILVA JUNIOR cujo o condutor era JOSE LUIZ VIANA CARVALHO DE SILVA JUNIOR

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA XTZ 125E

Ano: 2006-2006

Placa: KKA-2774

Chassi: 9C6KE 093060006078

Data do Acidente: 15-11-2017

Local e Data: \_\_\_\_\_

Silvia Dias de Melo

Assinatura do Declarante.

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

CARTÓRIO 2º OFÍCIO BARRAS E SILVA - PRIVATIVO DE PROTESTO E NOMES VBA. Márcio Barros e Silva  
Av. João de Deus, 100 - Centro - Pernambuco - CEP: 52011-000 - Fone: (081) 3211-4000 - E-mail: cartorio2@barrasevila.com.br  
Reconhecido, autenticidade a firma: SILVIA DIAS DE MELO, lançada  
em minha presença dou fé. CARPINA/PE. 23/12/2017. 09:29:36.  
Ecol:3,88; TSMR: 0,78; FERC:0,39; Total: 4,66. Salo nº  
00749556;Y11201701.01343. Consulte autenticidade em  
www.tipe.jus.br/selodigital. ALMERINDA OLIVEIRA DE OLIVEIRA  
NUNES, SUBSTITUTA.





HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SAUSA

<b>BOLETIM DE EMERGÊNCIA</b>		<b>Nº OCORRÊNCIA:</b> 00029285	
Prontuário: 153075	CNS: 84800490114/2014	Idade: 40 Anos e Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR	Nascimento: 07/11/1977	Est. Civil: CASADO/A	
End: JUA	Bairro: SANTO ANTÔNIO	CEP: 55819-11	
Cidade: CARPINA	Nat: BRASILEIRA	Doc nº: 5559170	
Mãe: MARLENE CAVALCANTE DA SILVA	Pai: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA	Responsável: O MESMO	Tel: 0000000000000000
Profissão: MOTORISTA			

**Últimas Ocorrências:**  
Data: 15/11/2017 Hora: 10:05 Nº Ocorrência: 29285 Situação/Síntomas/Queixas/Eventos: ORTOPEDIA

**SAFETY CORRETORA**  
05 FEV. 2018  
**DPVAT**

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASS. MÉDICA

<b>QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:</b> Dor lombar Dor lombar difusa Instabilidade ligamentar Ete - H. Cervical Inst. tor. C5/6 Inst. lumb. L4/5	<b>TRATAMENTO:</b> 1. Cetoprofeno At. Fis. 2x 2. Pós-terapia At. Cerv. 3x Dor 50-75%
<b>EXAMES COMPLEMENTARES:</b> Raio X lumb. / C5/6	<b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:</b> Rachadura medial L4/5

<b>MOTIVO DA SAÍDA:</b>	<b>RESIDÊNCIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>INTERNO:</b> <input type="checkbox"/>	<b>CURATIVO:</b> <input type="checkbox"/> <b>BÁSICO:</b> <input type="checkbox"/> <b>ESP:</b> <input type="checkbox"/>	<b>TÉCNICO / CERN:</b>
<b>JUSTIFICATIVA:</b>	<b>REINTEGRAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> <b>RETIRODA DE PONTÃO:</b> <input type="checkbox"/>	<b>CONSULTAS (ATENDIMENTO MÉDICO):</b>	<b>MÉDICO / CRN:</b>
<b>ENCAMINHADO:</b> At. Fis. 2x At. Cerv. 3x At. Lumb. 3x	<b>URGÊNCIA BÁSICA:</b> <input type="checkbox"/> <b>URG. ESPECIALIZADA:</b> <input type="checkbox"/>	<b>URG. BÁSICA:</b> <input type="checkbox"/> <b>URG. ESPECIALIZADA:</b> <input type="checkbox"/>	<b>PERÍODO:</b>
<b>DATA SAÍDA:</b>	<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:</b> 02041250002	<b>TÉCNICO / CONSELHO:</b> Alu / Nelson	<b>HORÁRIO:</b>
<b>HORA SAÍDA:</b>			

RECEBEREMOS: PATRICK JOSÉ FERNANDES SAUSA  
*patric que sofreu com o de*  
*procedimento*