

59681-5940
Belmont

LAUDO MEDICO NA PAT E NO HOSPITAL



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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 2624 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº. 17 / 2019 Data 18 / 1 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:00 do dia 18 de Janeiro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI filho(a) de NÃO INFORMADO e de LUISA PEREIRA CAVALCANTI, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Crespo, estado civil Convivente/Amasiado (a), apresentando a idade de 69 Anos, peso Magro, de estatura Média, natural de PEDRA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 1703018, profissão PEDREIRO, endereço RUA ACACIA, nº 91, complemento: NÃO INFORMADO, bairro VILA ESPERANÇA, telefone/s, (87)98861-5592, PETROLINA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa o examinado, que teria sido vítima de capotamento em 06/09/2018 e que recebeu atendimento médico no Hospital Universitário, tendo permanecido internado por 18 dias. Apresenta relatório médico que informa o seguinte: Vítima de capotamento com fratura exposta em antebraço esquerdo e fratura de osso temporal esquerdo. A primeira foi realizado tratamento cirúrgico de emergência, e a segunda tratamento conservador. No relatório da ortopedia, o médico assistente, Dr Humberto Santos, CRM/PE 19979, informa que o mesmo encontra-se com neuropaxia em membro superior esquerdo.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Lesão cicatricial atrófica, com retração tecidual em terço proximal do antebraço esquerdo. Atrofia de músculos extensores do punho. Incapacidade de flexão dos dedos da mão e do punho, à esquerda. Incapacidade de pronação e supinação do mesmo membro. Alteração de sensibilidade e parestesia no mesmo membro.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de instrumento de ação contundente, com incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, debilidade permanente de membro, com deformidade permanente, perda da função do membro e enfermidade incurável.

QUESITOS:

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

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

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

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. Deformidade permanente, perda da função do membro e enfermidade incurável.

DELEGACIA - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É CÚPIA FIEL DO ORIGINAL
18 / 01 / 2019
PE 22.634 Mol. 386.536-3
297043-0

Dr. Júlio César Freire
Médico Legista
PE 22.634 Mol. 386.536-3



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



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. JÚLIO CÉSAR EUGÊNIO PEREIRA FREIRE -
CRM 22634-PE.

Dr. Júlio César Freire
Médico Legista
PE 22.634 Mat.: 366.536-3

Perito responsável

TM: 2624/2019



PELOUROS - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É CÚPIA FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE, 18 / 01 / 2019

297043-0
Ivânia C. M. Costa



CARTÃO DE OFÍCIO - PETROLINA - PE - BRASIL
 Av. Dr. Fernando Mendes de Góes, 715 - Centro - (87) 361-0187
 Caixa Postal 12019-033 - IANUA

Certifico que esta cópia é reprodução fiel do original que foi apresentada.

Petrolina, 21/01/2019 In: *[Assinatura]* Em verdade.

Enol.: R\$ 2,90 TAXAS: R\$ 1,15 TOTAL: R\$ 4,05
 Paulo Ruben de Lima Nogueira (Descrevente) - fcl
 0074922.DVF01201903.01046
 Autenticado por: Jose Victor Am 12:59:00

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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 2624 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº. 17 / 2019 Data 18 / 1 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:00 do dia 18 de Janeiro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI filho(a) de NÃO INFORMADO e de LUISA PEREIRA CAVALCANTI, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Crespo, estado civil Convivente/Amasiado (a), apresentando a idade de 69 Anos, peso Magro, de estatura Média, natural de PEDRA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 1703016; profissão PEDREIRO, endereço RUA ACACIA, nº 91, complemento: NÃO INFORMADO, bairro VILA ESPERANÇA, telefone/s, (87)98861-5592, PETROLINA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa o examinado, que teria sido vítima de capotamento em 06/09/2018 e que recebeu atendimento médico no Hospital Universitário, tendo por permanecido internado por 18 dias. Apresenta relatório médico que informa o seguinte: Vítima de capotamento com fratura exposta em antebraço esquerdo e fratura de osso temporal esquerdo. A primeira foi realizado tratamento cirúrgico de emergência, e a segunda tratamento conservador. No relatório da ortopedia, o médico assistente, Dr Humberto Santos, CRM/PE 19979, informa que o mesmo encontra-se com neuropraxia em membro superior esquerdo.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Lesão cicatricial atrófica, com retração tecidual em terço proximal do antebraço esquerdo. Atrofia de músculos extensores do punho. Incapacidade de flexão dos dedos da mão e do punho, à esquerda. Incapacidade de pronação e supinação do mesmo membro. Alteração de sensibilidade e parestesia no mesmo membro.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de instrumento de ação contundente, com incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, debilidade permanente de membro, com deformidade permanente, perda da função do membro e enfermidade incurável.

QUESITOS:

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

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
 Instrumento contundente.

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

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
 Sim. Deformidade permanente, perda da função do membro e enfermidade incurável.

RELATÓRIO - PERÍCIA - PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É Cópia fiel do ORIGINAL
 18 / 01 / 2019
 297043-0

[Assinatura]
Dr. Júlio César Frota
 Médico Legista
 PE 22.634 Mat.: 386.536-3



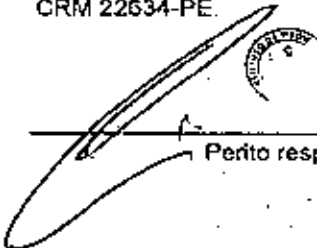


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^(a). JÚLIO CÉSAR EUGÊNIO PEREIRA FREIRE - CRM 22634-PE.


Dr. Júlio César Freire
Médico Legista
PE 22.634 Matr.: 386.536-3
Perito responsável

TM. 2624/2019



RELATO - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É Cópia FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE, 18 / 01 / 2019

ASSP 297043-0

Assinatura

CANTORREX OFICINA - PETROLINA - PE - BRASIL
Av. 3º Fernando Pessoa, 118 - Centro - 55010-007
Cidade Nova Santa Olívia - IABRUA

Certifico que esta cópia é reprodução fiel do original que
foi apresentado.

Petrolina, 21/01/2019 En. Teste

Emol.: R\$ 2,90 / TAXA: R\$ 1,00 / Total: R\$ 3,90
Saulo Ruben de Lima Rocha (Escrivente) - Selo
0074922 URY01201903.01845
Autenticado por: João Vitor às 12:59:00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054967/19

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA
CALVACANTI

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI : 136.661.184-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI
CPF: 136.661.184-53

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

Nº. Sinistro

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

DAMS



Seguradora Líder - DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 04/09/2018 Nome da Vítima Francisco Pereira Cavalcanti CPF 136.661.184-53

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Francisco Pereira Cavalcanti Vítima ☐ Representante Legal ☐ Familiares - Grupo de Parentesco:

Endereço para Correspondência Rua Acácia 91

Vila e Peranca Bairro J. Carneiro Cidade Beltrina Pe

CEP 56321-730 Telefone 087988615592 Email

Atenção ! ➡

Preencha com ☒ Para documentação entregue

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS (da vítima e/ou representante legal)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível)
- ☒ Identidade / RG ou Cartidão de Nascimento ou Cartidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☐ Identidade / RG ou Cartidão de Nascimento ou Cartidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do Representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (modelo no site) - original

Em caso da Vítima até 15 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do Representante Legal

DOCUMENTOS MÉDICOS

- ☒ Relatório do Médico assistente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado (Cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante das Despesas médico-hospitalares (originais, quitados e legíveis)
- ☐ Relatório do Dentista (quando for o caso) - Cópia simples e legível
- ☒ Notas Fiscais (originais e legíveis) acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível)
- ☒ Boletim do Primeiro Atendimento Médico / Hospitalar (quando for o caso) - Cópia simples e legível

ATENÇÃO !

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse o site www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 - 022 12 04
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 31/01/2019

Nome Francisco Pereira Cavalcanti

Identidade 1.403.018

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

☒ Recebi os documentos assinalados

Data 31/01/2019

Nome Adalberto Rêgo B. Silva

Matrícula 072.341.434-32

Assinatura do Atendente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054967/19

Número do Sinistro: 3190129638

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA
CALVACANTI

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI : 136.661.184-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI
CPF: 136.661.184-53

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

Karine Gomes de Lima

(3190129638)

Atraso na data do último documento

Justificativa

☒ Aguardando Status

☐ Solicitação 07

☐ Atraso na data de entrega- Revisão

☐ Erro sistêmico

☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
04/02/2016	/ / 2016

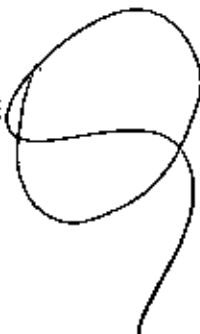
15/02 - Doc. transmitido;

Erro na operação de recepção de documentos quando o colaborador errou o número do sinistro.

Logo, estamos fazendo o envio de documentos já existentes.

NOME

KGL





Nº. Sinistro

INVALIDEZ PERMANENTE**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente: 09/18 Nome da Vítima: Francisco Pereira Cavalcanti CPF: 136.661.184-53

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTENome: Francisco Pereira Cavalcanti ☒ Vítima ☐ Representante Legal ☐ Familiares Especificar vínculo:

Endereço para Correspondência: Rua Jaciara 9291 Vila Esperança / Assisima

A Cassimiro Bairro Cidade: Petrolina

CEP: 56321-773 Telefone: 81988615592 Email: 187999456533

Atenção !Preencha com ☒ Para documentação entregue**TIPO DE DOCUMENTO****DOCUMENTOS BÁSICOS (da vítima e/ou representante legal)**

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível)
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do Representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito da Indenização (modelo no site) - original

Em caso de vítima até 15 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do representante legal

DOCUMENTOS MÉDICOS

- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (Cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima (Cópia autenticada e legível)
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia Autenticada e legível)
- ☒ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma (quando for o caso) - cópia simples e legível
- ☐ Termo de Curatela (quando for o caso) - cópia autenticada e legível
- ☐ Alvará Judicial (quando for o caso) - cópia autenticada e legível

ATENÇÃO !

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse o site www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 - 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data: 31/10/2019

Nome: Francisco Pereira Cavalcanti

Identidade: 1.703.018

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS☒ Recebi os documentos assinalados

Data: 31/01/2019

Nome: Adalva Rulli Barros do Silveira

Matrícula: 042.341.434-32

Assinatura do atendente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190129638 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TEMPORAL À ESQUERDA,
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº 2624/2018, COM DATA DE 18/01/2019, DE PERNAMBUCO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190129638 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TEMPORAL À ESQUERDA,
FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANTEBRAÇO,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APESAR DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML NO QUAL FOI APONTADO FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E EM CONFORMIDADE COM A LEI No. 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 4º, NÃO FOI POSSÍVEL RELACIONAR AS LESÕES INFORMADAS AO ACIDENTE OCORRIDO, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO OU OUTROS HOSPITAIS ONDE TENHAM OCORRIDO ATENDIMENTOS, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;

- E/OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- E, EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190129638 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TEMPORAL À ESQUERDA,
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº 2624/2018, COM DATA DE 18/01/2019, DE PERNAMBUCO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054967/19

Número do Sinistro: 3190129638

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI : 136.661.184-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI
CPF: 136.661.184-53

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

Karine Gomes de Lima

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054967/19

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI : 136.661.184-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI
CPF: 136.661.184-53

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190129638

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190129638

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190129638

Vítima: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 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

Recebedor: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 0000059722-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 136.661.184-53 Nome completo da vítima: Francisco Pereira Cavalcanti

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Pereira Cavalcanti CPF: 136.661.184-53
Profissão: pedreiro Endereço: Rua Acacia Número: 91 Complemento: _____
Bairro: esperança Cidade: Petrolina Estado: PE CEP: 56321-930
E-mail: _____ Tel.(DDD): 081988615592

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2993 013 CONTA: 00059722- 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Petrolina 31/01/2019
Nome: Francisco Pereira Cavalcanti
CPF: 136.661.184.53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Pereira Cavalcanti
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Autorização de pagamento



Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 136.661.184-53 Nome completo da vítima: Francisco Pereira Cavalcanti

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Pereira Cavalcanti CPF: 136.661-184-53
Profissão: Pedreiro Endereço: Rua Associação Número: 93 Complemento: _____
Bairro: Vila Esperanças Acarajá (Petrópolis) Cidade: _____ Estado: PE CEP: 56321-730
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2991 000 CONTA: 00059722 - 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Petrópolis PE
Nome: Francisco Pereira Cavalcanti
CPF: 136.661.184-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____

Autorização de pagamento



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

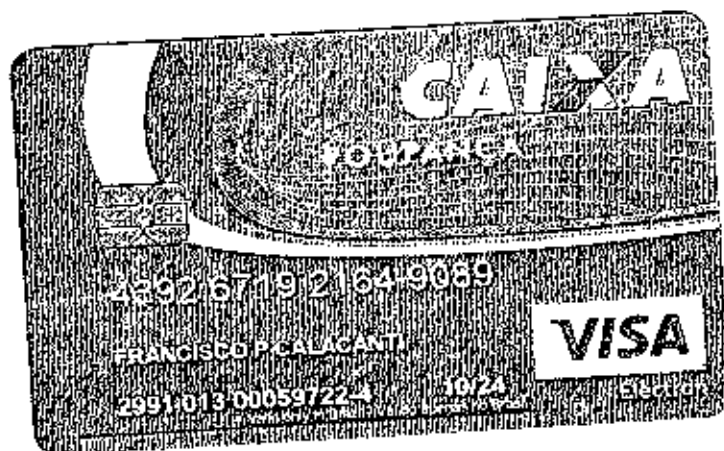
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Imu cabl
Acidente nº 18051525B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 116

KM: 47,0 - Crescente

Município: SALGUEIRO/PE

Data: 06/09/2018

Hora: 10:15

RECEBIDO

07 Set 2018

Seguradora Líder DPVAT

Policial responsável pelo atendimento: DANILO BEZERRA, matrícula 1546622

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: X

Acostamento: ✓

Canteiro central: X

Condição meteorológica: Sol

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 07/09/2018, às 10h30min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 116, km 47,0, no município Salgueiro/PE. Chegando ao local, às 10h50min, encontrou-se o veículo em sua posição de repouso. O acidente, uma "SAÍDA DE PISTA", envolveu o veículo V1 FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido SALGUEIRO/PE à CABROBÓ/PE, quando perdeu o controle da direção e saiu da via na faixa de domínio do sentido contrário. No local havia uma placa de Sinalização de rodovia indicativa de marco quilométrico, quilômetro 47, conforme mostrado no croqui. OBS.: 321. 1 - Velocidade regulamentar no local é de 100 km/h. 2 - A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, estas eram de sol, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente. 3 - O acidente vitimou com lesões graves o sr. Francisco Pereira Cavalcanti, condutor de V1, socorrido para o Hospital Regional de Salgueiro, e o sr. Antônio Honório Filho, com lesões leves, passageiro de V1., também socorrido para o Hospital Regional de Salgueiro. 5 - Não foi possível realizar o teste de etilômetro no condutor, pois este encontrava-se inconsciente no hospital. Não foram encontrados sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa.

Boletim de ocorrência

EVENTOS SUCESSIVOS



Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18051525B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

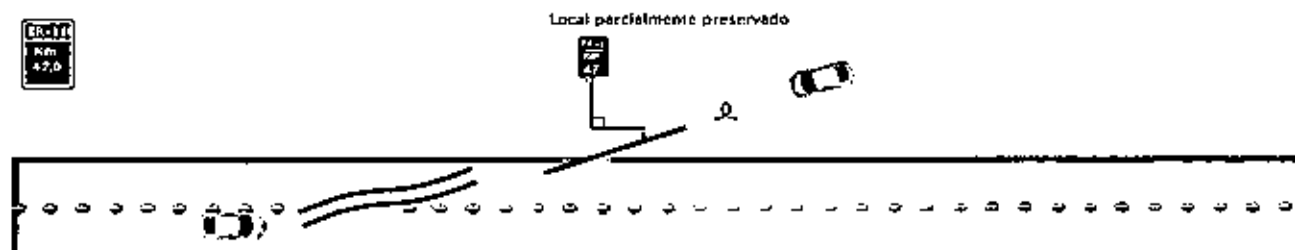


SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X	Y
Placa de sinalização	0.0	1.0
Roda dianteira esquerda - KHH7081 - V1	20.2	14.0
Roda traseira esquerda - KHH7081 - V1	22.4	15.0
Fim da marca de derrapagem - KHH7081 - V1	-33.1	-2.6
Início da marca de derrapagem - KHH7081 - V1	-46.0	-6.2

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← SALGUEIRO

CABROBÓ →



Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C30B54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



KHH7081

Placa: KHH7081 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX/2006

Renavam: 00877186316

Chassi: 9BD15822764802964

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: MARIA DE FATIMA DE VASCONCELOS GOMES

CPF/CNPJ: 042.811.354-05

Endereço: RUA ACACIA, 91 - CS, PETROLINA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



CONDUCTOR

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Placa do veículo: KHH7081

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Envolvimento: Condutor

Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

Data de nascimento: 11/05/1949

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSÍCOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: ACASSIA, 91, ANTONIO CASSIMIRO, PETROLINA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desta documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



PASSEIRO

ANTONIO HONORIO FILHO

Placa do veículo: KHH7081

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Envolvimento: Passageiro

Nome: ANTONIO HONORIO FILHO

CPF: 825.810.374-15

Data de nascimento: 16/12/1960

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA UM, 170, HENRIQUE LEITE, PETROLINA/PE

Telefone/email: 87 988262784/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18051525B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Placa: KHH7081

Nome do agente: DANILO BEZERRA

Nº BOAT: 18051525B01

Matrícula do agente: 1546622

Data: 06/09/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE886144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 5

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144

ASL - 0054967/19/3140129638



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18051525B01

Im

INFORMAÇÕES GERAIS

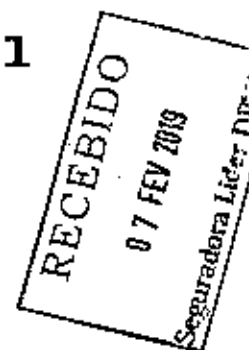
BR: 116

KM: 47,0 - Crescente

Município: SALGUEIRO/PE

Data: 06/09/2018

Hora: 10:15



Policial responsável pelo atendimento: DANILO BEZERRA, matrícula 1546622

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Canteiro central: ☒

Condição meteorológica: Sol

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 07/09/2018, às 10h30min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 116, km 47,0, no município Salgueiro/PE. Chegando ao local, às 10h50min, encontrou-se o veículo em sua posição de repouso. O acidente, uma "SAÍDA DE PISTA", envolveu o veículo V1 FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido SALGUEIRO/PE à CABROBÓ/PE, quando perdeu o controle da direção e saiu da via na faixa de domínio do sentido contrário. No local havia uma placa de Sinalização de rodovia indicativa de marco quilométrico, quilômetro 47, conforme mostrado no croqui. OBS.: 321. 1 - Velocidade regulamentar no local é de 100 km/h. 2 - A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, estas eram de sol, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente. 3 - O acidente vitimou com lesões graves o sr. Francisco Pereira Cavalcanti, condutor de V1, socorrido para o Hospital Regional de Salgueiro, e o sr. Antônio Honório Filho, com lesões leves, passageiro de V1., também socorrido para o Hospital Regional de Salgueiro. 5 - Não foi possível realizar o teste de etilômetro no condutor, pois este encontrava-se inconsciente no hospital. Não foram encontrados sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa.

Boletim de ocorrência



EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>. Informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB05A7C3D854AEBF546EE88144.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

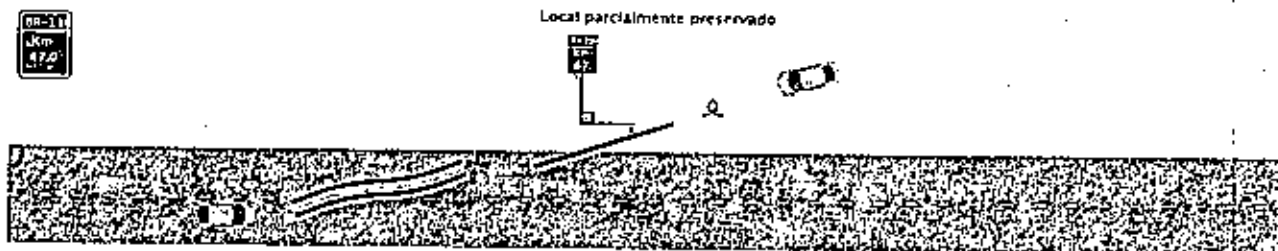


SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X	Y
Placa de sinalização	0.0	1.0
Roda dianteira esquerda - KHH7081 - V1	20.2	14.0
Roda traseira esquerda - KHH7081 - V1	22.4	15.0
Fim da marca de derrapagem - KHH7081 - V1	-33.1	-2.6
Início da marca de derrapagem - KHH7081 - V1	-46.0	-6.2

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← SALGUEIRO

CABRÃO →



Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



TRACIONADOR

KHH7081

Placa: KHH7081 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX/2006

Renavam: 00877186316

Chassi: 98D15822764802964

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

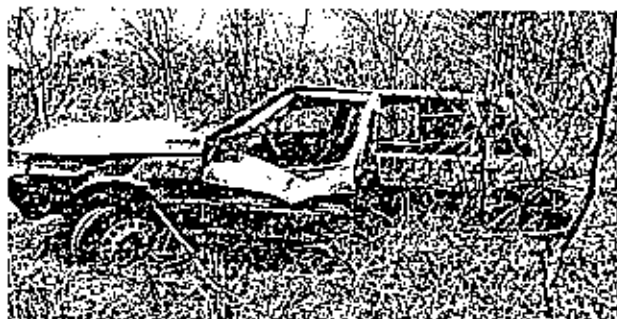
PROPRIETÁRIO

Nome: MARIA DE FATIMA DE VASCONCELOS GOMES

CPF/CNPJ: 042.811.354-05

Endereço: RUA ACACIA, 91 - CS, PETROLINA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Pol. Rodoviária Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C30B54AE8F546E2888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Placa do veículo: KHH7081

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Envolvimento: Condutor

Nome: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

CPF: 136.661.184-53

Data de nascimento: 11/05/1949

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

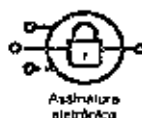
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: ACASSIA, 91, ANTONIO CASSIMIRO, PETROLINA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE688144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



PASSEIRO

ANTONIO HONORIO FILHO

Placa do veículo: KHH7081

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Envolvimento: Passageiro

Nome: ANTONIO HONORIO FILHO

CPF: 825.810.374-15

Data de nascimento: 16/12/1960

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA UM, 170, HENRIQUE LEITE, PETROLINA/PE

Telefone/email: 87 988262784/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por DANILO BÉZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C30B54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

Placa: KHH7081

Nome do agente: DANILO BEZERRA

Nº BOAT: 18051525B01

Matrícula do agente: 1546622

Data: 06/09/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DANILO BEZERRA, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 06/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89C6805A7C3DB54AEBF546EE888144



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 5

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por **DANILO BEZERRA**, matrícula 1546622, Policial Rodoviário Federal, em 08/09/2018, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EE888144

CARTÓRIO 2º OFÍCIO - PETROLINA - PE - BRASIL
 Av. De Fernando Manoel de Góes, 718 - Centro - (07) 351-0357
Carta Maria Santa Oliveira - TABELA

Certifico que esta cópia é reprodução fiel do original que n
 foi apresentada.

Petrolina, 21/01/2019 Em-teste

R001: R\$ 2,90 TAXAS: R\$ 1,19 Total: R\$ 4,09
 Selo Ruben de Lima Rêgo (Escritório) - Selo
 0074922.QA081201903.01843
 Autenticado por: Jose Vitor de 12:59:08

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA
DP213ªCIRC DINTER2126ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0303000263

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2019 às
 09:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumação)
 que aconteceu no dia 18/1/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SALGUEIRO, 1, TREVO DO IBO**
 Bairro: **CENTRO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUSENTE (AUTOMÓVEL AUSENTE)
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO P
PEREIRA CAVALCANTI

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

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (presente na plantão) - Sexo: Masculino
LUISA PEREIRA CAVALCANTI Data de Nascimento: 14/01/1948 Nacionalidade: NÃO INFORMADO
/ PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 51, RUA ACACIA, 51, VILA BOA ESPERANÇA**
- CEP: 0 - Bairro: ANTONIO CASSIMIRO - PETROLINA-PERNAMBUCO/BRASIL

AUSENTE (não presente na plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI,
 que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI**
 Categoria/Modelo: **AUTOMÓVEL PIATÃO** Objeto envolvido: **NÃO**
 Quantidade: **UNIDADE NÃO INFORMADA**

Processo: KHM7551 / PERNAMBUCO/MAI INFORMADO

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR FRANCISCO PARA INFORMAR QUE NO DIA 06 DE SETEMBRO DE 2018 SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NO TREVO O IBO. A VITIMA FICOU INTERNA DA NO HOSPITAL DE TRAUMAS, TENDO ALTA NO DIA 12 DE SETEMBRO DE 2018, RETORNANDO SEMPRE PARA REVISSES, TENDO ALTA FINAL NO DIA 16 DE JANEIRO.

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

1 de 2

18/01/2019 09:52

Boletim de Ocorrência

File: \\C:\Users\SDS\Antoniol\car\IBO - Prato car\IBO -

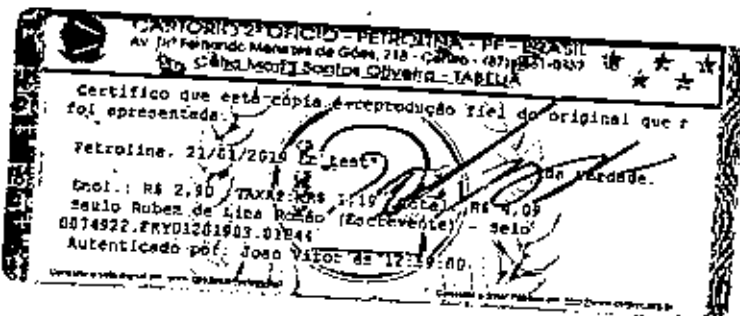
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
(VITIMA).

Francisco P. Cavalcanti

S.O. registrado por: VINICIUS GOUXHEIA LIRA - Matrícula: 3572000

Vinicius Gouxheia Lira

CASTORIO - OFICINA - PERNAMBUCO - BRASIL	
Av. Dr. Fernando Ivo de Góes, 718 - Centro - (87) 361-0007	
Cidade: Maria Sônia Oliveira - TARELA	
Certifico que esta cópia é reprodução fiel do original que foi apresentada.	
Vetrolina, 21/01/2019 - Teste	
Emol.: R\$ 2,95 / Taxa: R\$ 1,71 / Total: R\$ 4,66	
Saulo Ruben de Lira Rocha (Escritor) - Selo	
0074922.XM701201903.01842	
Autenticado por: João Vitor 23-12-2019	



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-2 - 26º DESEC - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
213ª DELEGACIA CIRCUNSCRICIONAL DE PETROLINA-PE

EXAME TRAUMATOLOGICO

Petrolina, 18 de Janeiro de 2019

Ofício n.º 17/2019 - SC-PERMANÊNCIA

2 de 2

REF. BO nº 19E0303000263

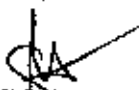
18/01/2019 14:11

Senhor Legista,

Cumprimentando-o cordialmente, solicito a V. Sa. as providências necessárias no sentido de que seja realizado Exame Traumatológico na(s) pessoa(s) de **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI**, já qualificado nos autos.

LAUDO PRELIMINAR () SIM (X) NÃO

Outrossim, solicito que o Laudo Pericial seja encaminhado a 213ª CIRCUNSCRIÇÃO, a fim de agilizar os procedimentos desta delegacia.


Bel. SARA ELIBIA
DELEGADA DE POLÍCIA



IML/APC - PETROLINA-PE

RECEBIDO

AS 10:00 HORAS DE 18/01/2019

PROTOCOLADO 05 18.01.19

 296528-3
FONEIMATRICIAL

Ao Ilm. Sr.
Dr. José Veríssimo dos Santos Neto
Médico Legista - Chefe do IML/APC Petrolina-Pe.

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000000059722-4

Nr. da Autenticação 642A12DA10EB0CF4

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Pereira Cavalcanti

RG nº 1.703.018, data de expedição 29/10/8, Órgão 2016 Salgueiro PE

CPF nº 136.661.18453, 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:

Comprovante de residência

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Acacia</u>
Número	<u>91</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>vila esperança A. Cassimiro</u>
Cidade	<u>Petrolina</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>(Pe) 56321-730</u>
Telefone de Contato	<u>087988615592.87999456533</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolina 31/01/2019

Assinatura do Declarante: Francisco Pereira Cavalcanti

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Pereira Cavalcanti

RG nº 1.403.018, data de expedição 29/07/2016 Órgão Salgueiro PE

CPF nº 136.661.184.53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)		Comprovante de residencia 
Número	<u>Atacia</u>	
Apto / Complemento	<u>91</u>	
Bairro	<u>casa</u>	
Cidade	<u>Vila Esperança A. Cassimiro</u>	
Estado	<u>Petrolina</u>	
CEP	<u>Pernambuco</u>	
Telefone de Contato	<u>56321-730</u>	
E-mail	<u>87988615592 (87999456533)</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolina 31/01-2019

Assinatura do Declarante: Francisco Pereira Cavalcanti



Terça Social de Energia Elétrica: Cotação pela Lei 10.438, de 2004
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-901
CNPJ 10.835.032/0001-08 | INSC. Est. 0005945-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE FATIMA VASCONCELO GOMES

CPF: 042.811.354-05 NIS: 12440330991

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ACACIA 91 VILA ESPERANÇA

ANTONIO CASSIMIRO PETROLINA
PETROLINA PE
58321-730

CONTA CONTRATO 7005163239
DATA DE VENCIMENTO 23/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 161,97

PERÍODO	DATA	VALOR
18/01/2019	2011051122	4790390

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Consumo Ativo superior a 220 kWh
ICMS Substituição: CDE-RF 039274355-15/11/18
Multa por atraso: R\$ 0,43153350 - 18/12/18
Juros por atraso: R\$ 0,43153350 - 18/12/18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,24330458	7,29
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,41709355	29,19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,67564715	75,07
Consumo Ativo superior a 220 kWh	05,0000000	0,89515584	45,16
			1,34
			3,50
			0,40

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL		CONSUMO (KWH)	
PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DE	PARA
30/07/2018	18-12-2018	21.157,00	21.442,00	29	30

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE	Descrição do Consumo	VALOR (R\$)
JAN 18	295	128,73	25,00	Tratamento	25,00%
FEV 18	303	136,73	27,35	Distribuição de Energia	4,87%
MAR 18	302	136,73	27,35	Imposto de Energia	7,29%
ABR 18	303			Imposto de Energia	1,24%
MAY 18	297			Imposto de Energia	3,21%
JUN 18	273			Imposto de Energia	21,53%
JUL 18	295			Total	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Consumo Ativo superior a 220 kWh

RESUMO DO PREÇO
BASE 0059 978C.F07E E07F 1A1C 45E7 243E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para garantir a qualidade do serviço, a Celpe realiza a medição do consumo de energia elétrica em pontos estratégicos da rede. A medição é realizada de forma automática, sem a necessidade de intervenção humana. A medição é realizada de forma automática, sem a necessidade de intervenção humana. A medição é realizada de forma automática, sem a necessidade de intervenção humana.

As condições de uso do sistema de medição de energia elétrica são as seguintes:
- O sistema de medição de energia elétrica é utilizado para a medição do consumo de energia elétrica em pontos estratégicos da rede.
- O sistema de medição de energia elétrica é utilizado para a medição do consumo de energia elétrica em pontos estratégicos da rede.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO	
CONDIÇÃO	VALOR	UNIDADE	PERÍODO	TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)
PETROLINA	0,00	1,00	10/15	220	202
REC	0,00	3,20	11,20		231
REC	0,00	2,80	0,00		

UNIDADE: 12,22

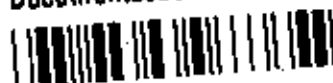
DATA DE VENCIMENTO
23/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

161,97

CONTA CONTRATO 7005163239
MÊS 01/2019

7005163239



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -
DP213ªCIRC DINTER2/26ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0303000263

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2019 às
09:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 18/1/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SALGUEIRO, 1, TRAVE DO IBO -
Bairro: CENTRO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: NÃO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUSENTE (AUTOR/AGENTE)
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (VÍTIMA) -



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO
PEREIRA CAVALCANTI

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

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe
LUIZA PEREIRA CAVALCANTI Data de Nascimento: 11/6/1948 Nacionalidade: NÃO INFORMADO
/ PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PETROLINA, 91, RUA ACACIA, 91, VILA ESPERANCA
- CEP: 0 - Bairro: ANTONIO CASSIMIRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

AUSENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/PIAT/UNO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHH7684 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR FRANCISCO PARA INFORMAR QUE NO DIA 06 DE SETEMBRO DE 2018 SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NO TREVO O IBO. A VITIMA FICOU INTERNADA NO HOSPITAL DE TRAUMAS, TENDO ALTA NO DIA 12 DE SETEMBRO DE 2018, RETORNANDO SEMPRE PARA REVISÕES, TENDO ALTA FINAL NO DIA 16 DE JANEIRO.

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

1 de 2

18/01/2019 02:52

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infpol/zml/BOKPreview.html

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
(VITIMA).

Francisco P. Cavalcanti

B.O. registrado por: VINICIUS GOUXIA LIRA - Matrícula: 2872022

Vinicius Gouxia Lira



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-2 - 26º DESEC - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
213ª DELEGACIA CIRCUNSCRICIONAL DE PETROLINA-PE

EXAME TRAUMATOLÓGICO

Petrolina, 18 de Janeiro de 2019

Ofício n.º 17/2019 - SC-PERMANÊNCIA

• REF. BO nº 19E0303000263

2 de 2

18/01/2019 09:14

Senhor Legista,

Cumprimentando-o cordialmente, solicito a V. Sa. as providências necessárias no sentido de que seja realizado Exame Traumatológico na(s) pessoa(s) de **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI**, já qualificado nos autos.

LAUDO PRELIMINAR () SIM (X) NÃO

Outrossim, solicito que o Laudo Pericial seja encaminhado a 213ª CIRCUNSCRIÇÃO, a fim de agilizar os procedimentos desta delegacia.


Bel. SARA ELBIA
DELEGADA DE POLÍCIA

Ao Ilm.º Sr.
Dr. José Veríssimo dos Santos Neto
Médico Legista - Chefe do IML/APC Petrolina-Pe.

 **IMLAPC - PETROLINA-PE**
RECEBIDO
AS 10:00 HORAS DE 18.01.2019
PROTOCOLADO 05 18.01.19
 **296528-3**
NOME/MATRÍCULA

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50043637

Paciente: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Mãe: LUISA PEREIRA CAVALCANTI

Endereço: RUA PB, nº 102 - NOVA PETROLINA / PETROLINA (PE)

CNS: 898004045944763

Doc. Identificação: 1703018

Nasc.: 11/05/1949

Idade: 69

Telefone: (87) 988613664

ANAMNESE DO MÉDICO

NCR

Paciente admitido de Poliquênis / PE com história de acidente automobilístico entre, em capotamento (vários meses seguintes familiares). Relato de perda da consciência. Paciente apresenta amnésia lacunar. No momento, sem cefaleia e dor em MSE. ECG 15, pupilas isocóricas, FR, aparentemente sem déficits, MSE indolizado; eructações em ebulição.

Tray TC de crânio com fratura do temporal E e contusão temporal E associada a RX de antebraço E com fratura.

Od: 1) AHA / Prescrição

2) Solicito nova TC de crânio e coluna cervical

3) Avaliação da ortopedia.

Dra. Anajara Fortes
Presidente Neuropsiquiatria
CREMEPE: 23661

Ortopedia

HUNAS
EBSERH
PETROLINA
PE
11/09/2018

Existe história de capotamento há os dias. O trauma em antebraço. RX evidenciando fratura exposta em antebraço.

com 1) Manter dieta zero.
2) No uso analgésico.

Dr. Tarcísio Pires
Traumatologista da Petrolina
CRM-PE 18490 - CRO-PE 2005
SRT 1.500

Ass. Paciente:

Saída: / / Hora:

Data de Impressão: 07/09/2018

Hora: 12.44

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
DATA DA ADMISSÃO: 07/09/18

IDADE: 69 ANOS
DATA DA ALTA: 12/09/18

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente regulado de Salgueiro, com história de acidente automobilístico (capotamento) no dia 06/09/18, com relato de perda da consciência. À admissão, ECG 15, pupilas isocóricas, FR, aparentemente sem déficits, com MSE imobilizado, escoriações em ombro E. Traz TC de crânio com fratura de osso temporal E e contusão temporal E associada, sem desvio de linha média e RX de MSE com fratura de antebraço. Abordado pela ortopedia no dia 07/09/18 para debridamento de tecidos desvitalizados em MSE. Realizou nova TC de crânio (07/09/18) confirmando fratura temporal E e contusão pequena associada. Paciente admitido e encaminhado à enfermaria de NCR, onde permaneceu estável, sem intercorrências, sem queixas no momento. ECG 15, pupilas isocóricas, FR, MSE imobilizado, aparentemente sem déficits. TC de crânio controle (11/09/18) com contusão com sinais de reabsorção. Dessa forma, com condições de alta para seguimento com ortopedia.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE
CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO PÓS-ALTA

1. Dipirona 500mg – 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas, se dor;
2. Fenitoína 100mg – 1 comprimido, via oral, de 8 em 8 horas.

ORIENTAÇÕES

Acompanhamento no ambulatório de neurocirurgia;
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

12/10/18 07:00

Dr. Jose Eriqaloto

PETROLINA, 12 de setembro de 2018.

Dr. Anajara Ferraz
Residente Neurocirurgia
CREMERE: 23961

Médico

Na policlínica
da Emergência.

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Documentação médico - hosp



Paciente Francisco Pereira Cavalcante, 69 anos, sequela de fratura diafisária do rádio E com sequelas cinético-funcionais. Diagnóstico médico com CID: 6563. Apresenta hipomobilidade das articulações do punho e dos dedos do MSE, para flexão dos artelhos e, desvios ulnar e radial, como também flexão de punho. Imobilidade para realização de extensão do punho e dos dedos. Rigidez articular para execução dos movimentos de pronação e supinação. Apresenta cicatriz queloidiana em antebraço, reduzindo mobilidade articular. Mobilização passiva em flexão e extensão de punho e dedos com redução da amplitude articular. Alteração de sensibilidade epicrítica com ascensão distal e parestesia no MSE. Edema crônico em mão E com sinal de cacifo positivo.

Kelvin Mikael Araújo Silva
Fisioterapeuta
CREFITO 260110-F

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI Chegada: 07/09/2018 12.29.01
 Sexo: MASCULINO Idade: 69
 Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 11/05/1949

Classificação de Risco

Queixa Principal:	SOB REGULAÇÃO POR HD TCE+FX EXPOSTA MSE. HISTÓRIA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 DIA.RELATO DE INCONSCIÊNCIA TRANSITÓRIA+TC SUGESTIVA HSA+FRATURA BASE CRANIO							
Fluxograma:	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO				Discriminador: HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA			
Parâmetros:	Glicemia Capilar	147		Escala de Coma de Glasgow:		15		
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica			Escala de Dor:	5		PA	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO	
Fluxo Interno:	NEUROCIRURGIÃO/ORTOPEDISTA							
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA			COREN / CRM:	247087 PE		Hora de Início CR 07/09/2018 12.32.30	Hora de Fim CR 07/09/2018 12.38.46

Reclassificação

Queixa Principal:								
Fluxograma:					Discriminado			
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica			Escala de Dor:			PA	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO	
Fluxo Interno:								
Classificador:				COREN / CRM:			Hora de Início CR	Hora de Fim CR

Michel Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU UNIVASE EBSEH
 STAPET 210.2032

HU - UNIVASE
 10/09/2018 10:20:18

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

PRONTUÁRIO DATA 07/02/18
 Sexo Idade ASA Urgência
 M 26 SIM NÃO

NOME: Francisco Pereira Carvalhanti
 CIRURGIÃO: Tarciso ANESTESIOLOGISTA: Alberto

PROCEDIMENTO

Anamnese:

Alergia: ☒ Não ☐ Sim

Jejum: ☒ >8h ☐ <8h

Patologias: ☒ Não ☐ Sim

Exames:

INÍCIO 21:15h TÉRMINO 22:20

CONDIÇÕES DE ENTRADA

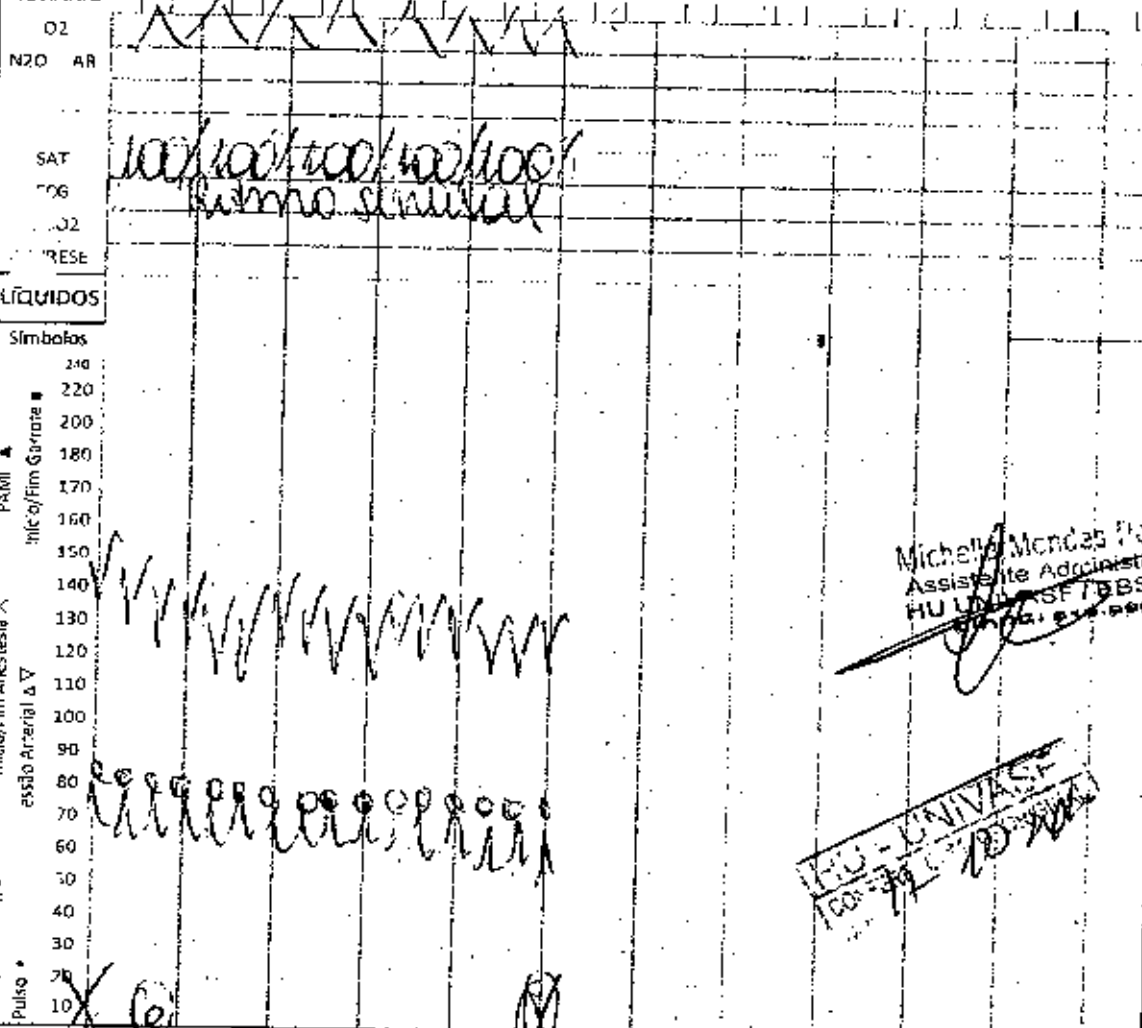
PA: 117x68mmHg

FC: 105bpm

SAT: 98%

OUTROS:

HORÁRIO



MEDICAÇÃO

	Dose
1. Nauseadron	8mg
2. Ranitidina	50mg
3. Colonoína	20mg
4. Dexmedetomidina	10mg
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

Michelle Mendes P. Este
 Assistente Administrativo
 HU UNIVASF
 011.911.9999

HU - UNIVASF
 100-111-122

MONITORIZAÇÃO

- ☒ OXIMETRIA ☐ ANALISADOR GÁS
- ☒ CARDIOSCOPIA ☐ PAI
- ☒ PNI ☐ OUTROS
- ☐ CAPNOGRAFIA ☐
- ☐ SVD ☐

TÉCNICA ANESTÉSICA

- ☐ ACOMPANHAMENTO
- ☐ RAQUIANESTESIA ☐ G. VENOSA
- ☐ G. BALANÇADA ☐ PERIDURAL
- ☐ G. INALATÓRIA ☐ PERI CONT.
- ☒ B. PLEXO

Posição

Hemocomponentes

☐ Não ☐ Sim

Antibiótico

☒ Profilático

☐ Terapêutico

Descrição:

1. Anestesia e reversão do pontilhado
 2. Monitorização na invasão (3) de
 pontilhado, na supinação lateral a
 esquerda quando em uso. Fecho vedado
 a 345, comissura, 120mg (4) encaminha-
 do a SREA.

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

PRONTUÁRIO

DATA

20/09/18

NOME

Francisco Pereira Cavalcante

Sexo

Idade

ASA

Urgência

SIM

NÃO

CIRURGIÃO

Cassio

ANESTESIOLOGISTA

Albino

PROCEDIMENTO

INÍCIO

TÉRMINO

Anamnese:

Alergia: ☒ Não ☐ Sim

Jejum: ☒ >8h ☐ <8h

Patologias: ☒ Não ☐ Sim

Exames:

CONDIÇÕES DE ENTRADA

PA:

FC:

SAT:

OUTROS:

HORÁRIO

07

N2O AR

SAT

ECG

ETCO2

PRESE

LÍQUIDOS

Simbolos

240

220

200

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

MEDICAÇÃO

Dose

1. Nausecron 8mg

2. Lorazepam 2mg

3. Propofol 100mg

4. Fentanyl 100mcg

5. Midazolam 2mg

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

MONITORIZAÇÃO

OXIMETRIA ANALISADOR GAS

CARDIOSCOPIA PAI

PNI OUTROS

CAPNOGRAFIA

SVD

TÉCNICA ANESTÉSICA

ACOMPANHAMENTO

RAQUIANESTESIA G. VENOSA

G. BALANÇADA PERIDURAL

G. INALATÓRIA PERI CONT.

B. PLEXO

HU - UNIVASF
COORDENADOR DE ANESTESIA
ALBINO

Michelle Almeida Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
SUATE - 310.0000

Posição

Hemocomponentes

☒ Não ☐ Sim

Antibiótico

☒ Profilático

☐ Terapêutico

Dose

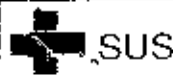
Hora

Dose

Hora

Descrição:

(1) Anamnese e Revisão do prontuário (2) Monitorização com oximetria (3) B.P.B. pré-vascular, via subcutânea e oximetria (4) Escala de consciência por uso Fentanyl 0,345mg com SVO, 30mg (5) Encaminhado a SRP



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

6 - ACOMPANHANTE

7 - PRONTUÁRIO

50043637

8 - CNS

898004045944763

9 - RG

1703018

10 - CPF

13666118453

11 - NASCIMENTO

11/05/1949

12 - SEXO

M

13 - RACIA COR

BRANCA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

LUIZA PEREIRA CAVALCANTI

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 99557436

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA P. B nº 102 - NOVA PETROLINA

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - COD. IBGE

251101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico ontem.
ECG 15, pupilas isocóricas, I.R.

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima

Michel Mendes Pereira
Assistente Administrativo
CPF 011.111.111-11
Data 12/09/2018

UNIVAST
Data 12/09/2018

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC de crânio com fratura de temporal E + contusão

0413040178(T012)
0408020202
0303040092

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

MORRAGIA EPIDURAL

CID 10 PRINCIPAL

S06.4

29 - CID 10

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CHAU MÉDIO)

32 - COD. PROCEDIMENTO

303040092

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

600122573/0

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANAJARA FERRAZ DA SILVA VIEIRA

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/2018

39 - ASS. CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

23961 PE CREME DE P. 14024-72

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N.º BILHETE

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APRESENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - COD. ORGÃO

52 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

11-09-18

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

56 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810844 191-8

Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Data cirurgia: 20/09/2018

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Prontuário: 5004363/7

Idade: 69 anos 4 meses

Sexo: Masculino

Leito: 310A

Convênio: SUS

2. EQUIPE

Equipe: VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES

CREMEPE: 15712

ORTOPEDIA E

Cirurgião: CARCIO ASKANIO DE ARAUJO REGO

CREMEPE: 12049

TRAUMATOLOGIA

Anestesista: ALBERTO LEOPOLDO SILVA IRMAO

CREMEPE: 1343

3. DIAGNÓSTICO

ASA: III

Pré-Operatório S52.3 FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Pós-Operatório S51 FERIMENTO DO ANTEBRAÇO Deiscência de ferida com debrís

Pós-Operatório S52.3 FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 20/09/2018 18:49

Fim: 20/09/2018 19:56

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

OSTEOSSINTESE DE RADIO

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: BLOQUEIO

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

EXTENSO FERIMENTO TRAUMATICO DO ANTEBRAÇO ESQ. COM DEISCENCIA E NECROSE SUPERFICIAL, EM REGIÃO ANTERO LATERAL.

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO

1- DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS.

3- INCISÃO CIRURGICA DORSO MEDIAL DE THOMPSON EM ANTEBRAÇO ESQ

4- DISSECÇÃO POR PLANOS.

5- VISUALISADO E ISOLADO NERVO INTERÓSSEO POSTERIOR APARENTEMENTE INTEGRO, PORÉM COM MUITO TECIDO FIBROCICATRICIAL (LESÃO).

6- REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO ESQ

7- OSTEOSSINTESE COM PLACA DCP 7FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS SOB RADIOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO.

8- RADIOSCOPIA CONTROLE.

9- LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO E REVISÃO DA HEMOSTASIA.

10- SUTURA DA FO POR PLANOS COM VYCRIL E MONONYLON.

11- CURATIVOS

20/09/2018 20:38

null CARCIO ASKANIO DE ARAUJO REGO CREMEPE

Francisco Mendez Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - LGSBPH
Cidade 219-2002

HU UNIVASF

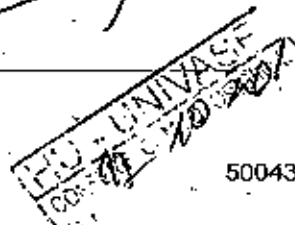
Descrição Cirúrgica

Identificação

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Leito: 310A

5004363/7



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTE		DATA INTERNAÇÃO: 07/09/2018
DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO		DATA CIRURGIA: 07.09.2018
PROCEDIMENTO: LMC + DESBRIDAMENTO		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: DR. TARCÍSIO PIRES	Anestesista: DR ALBERTO	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO.		
1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia; 2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis; 3. Ampliado ferimento em face dorsal do antebraço esquerdo seguido de divulsão por planos até foco de fratura 4. Desbridamento de tecidos desvitalizados 5. Lavagem abundante com sf 0,9% 10 L 6. Revisão da hemostasia + Sutura pele 7. Curativo estéril 8. Tala axilopalmar esquerda 9. Boa perfusão distal		
MATERIAL UTILIZADO		

Michella Mendes Pen
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEER
SIAP 219.2882

HU - UNIVASF
CONFERE C. M. O. 6516
12/09/2018

Dr. Tarcísio Pires
Traumatologista
CRM de Trauma 000184 26987
9001 19928

Assinatura e carimbo do médico

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50043637

Paciente: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Mãe: LUISA PEREIRA CAVALCANTI

Endereço: RUA PB, nº 102 - NOVA PETROLINA / PETROLINA (PE)

CNS: 898004045944763

Doc. Identificação: 1703018

Nasc.: 11/05/1949 Idade: 69

Telefone: (87) 988613664

ANAMNESE DO MÉDICO

NCR

Paciente regular de folqueio / PE com história de acidente automobilístico ontem, em capotamento (vários vezes segundo familiares). Relato de perda da consciência. Paciente apresenta amnésia lacunar. No momento, sem cefaleia e dor em MSE. ECG 15, pupilas isocóricas, PR, aparentemente sem déficit, MSE imobilizado, erosiões em ombro.

Trax TC de crânio com fratura de temporal E e contusão frontal E associada a Rx de antebraço E com fratura.

Id: 1) AT4 / Prescrição

2) folheto novo TC de crânio e coluna cervical

3) Avaliação da ortopedia.

= Ortopedia =

Paciente vítima de capotamento há 01 dia, c/ trauma em antebraço. (E)

RX evidenciando fratura exposta em antebraço (E)

cp. ① Manter dieta zero.

② Ao Hx cirúrgico.

Dr. Tarciso Pires
Tratamento de Emergência
CRM-PE 16490 SPM 2008
5571 1505

Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Data de Impressão: 07/09/2018

Hora: 12.44

HUNA F EBSER

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTE**

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO: **07/09/2018**

PRONTUÁRIO: **50043637**

DATA DE ALTA: **25/09/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA DIAFISE RADIO

CID: **S52.3**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 20/09/2018
NO MOMENTO COM NEUROPAXIA
FERIMENTO EM DORSO DO ANTEBRAÇO GRANULANDO SEM SIANIS DE
INFECCÃO
RECÊBE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

USO CORRETO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
CURATIVO DIÁRIO

AGENDAR RETORNO PARA AS QUINTAS

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 14519
LEOT - 14519

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NO DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

PETROLINA-PE **25/09/2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RELATÓRIO/ LAUDO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
DATA DA ADMISSÃO: 07/09/18

IDADE: 69 ANOS
DATA DA ALTA: 12/09/18

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente regulado de Salgueiro, com história de acidente automobilístico (capotamento) no dia 06/09/18, com relato de perda da consciência. À admissão, ECG 15, pupilas isocóricas, FR, aparentemente sem déficits, com MSE imobilizado, escoriações em ombro E. Traz TC de crânio com fratura de osso temporal E e contusão temporal E associada, sem desvio de linha média e RX de MSE com fratura de antebraço. Abordado pela ortopedia no dia 07/09/18 para debridamento de tecidos desvitalizados em MSE. Realizou nova TC de crânio (07/09/18) confirmando fratura temporal E e contusão pequena associada. Paciente admitido e encaminhado à enfermaria de NCR, onde permaneceu estável, sem intercorrências, sem queixas no momento. ECG 15, pupilas isocóricas, FR, MSE imobilizado, aparentemente sem déficits. TC de crânio controle (11/09/18) com contusão com sinais de reabsorção. Dessa forma, com condições de alta para seguimento com ortopedia.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.
Necessita repouso médico por 15 dias.

HD: TCE
CID 10: S06.9

PETROLINA, 12 de setembro de 2018.

Dra. Anajara Ferro
Residente Neurocirurgia
CREMEPE: 23961
Médico

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NEUROCIRURGIA

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
DATA DA ADMISSÃO: 07/09/18

IDADE: 69 ANOS
DATA DA ALTA: 12/09/18

HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Paciente regulado de Salgueiro, com história de acidente automobilístico (capotamento) no dia 06/09/18, com relato de perda da consciência. À admissão, ECG 15, pupilas isocóricas, FR, aparentemente sem déficits, com MSE imobilizado, escoriações em ombro E. Traz TC de crânio com fratura de osso temporal E e contusão temporal E associada, sem desvio de linha média e RX de MSE com fratura de antebraço. Abordado pela ortopedia no dia 07/09/18 para debridamento de tecidos desvitalizados em MSE. Realizou nova TC de crânio (07/09/18) confirmando fratura temporal E e contusão pequena associada. Paciente admitido e encaminhado à enfermaria de NCR, onde permaneceu estável, sem intercorrências, sem queixas no momento. ECG 15, pupilas isocóricas, FR, MSE imobilizado, aparentemente sem déficits. TC de crânio controle (11/09/18) com contusão com sinais de reabsorção. Dessa forma, com condições de alta para seguimento com ortopedia.

Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.

HD: TCE
CID 10: S06.9

PRESCRIÇÃO PÓS-ALTA

1. Dipirona 500mg – 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas, se dor;
2. Fenitoína 100mg – 1 comprimido, via oral, de 8 em 8 horas.

ORIENTAÇÕES

Acompanhamento no ambulatório de neurocirurgia;
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO GERAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PETROLINA, 12 de setembro de 2018.


Anaíara Ferraz
Residente Neurocirurgia
Régistro: 23951

Hospital Universitário - UNIVASF

Avenida José de Sá Maniçoba, S/N Centro
CEP 56304-205 - Petrolina - PE - Brasil

Atestado de Comparecimento

Atesto que FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI, compareceu nesta Unidade de Saúde, no dia 01/11/2018, das 11:10h as 11:10h, para fim de consulta ambulatorial.

CID: S52.3

Observações:

Paciente vítima de capotamento, com ferimento extenso em cotovelo esq + fratura da diáfise proximal do rádio esq em 6/9/18 - feito osteossíntese com placa + parafusos

Apresenta déficit de nervo radial radial (em acompanhamento ambulatorial com neurocirurgia)

RX = fratura alinhada, ainda não consolidada

Apresenta déficit de extensão do punho e diminuição da força em MSE, por tempo indeterminado.

Petrolina/PE, 01/11/2018

Dr. Francisco Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.132/PE / 23.009 BA

FRANCISCO WILLAME NORONHA CARACAS
CREMEPE 19132

HUNAF



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME: **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTE** IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF**



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE **07/09/2018 A 25/09/2018**,
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
90(NOVENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: S52.3

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO _____ h,
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA.

DATA: **25/09/2018**

Humberto Anter S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / BA 2322
EOD - 14519

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SA
CNPJ: 10.572.048.0023-33 SALGUEIRO PE CEP: 56000.000
END. R. ANT^o ALENCAR SAMPAIO, 346 - PLANALTO - FONE: (87) 3871-8300



REGISTRO Nº 117-34

DATA: 06/09/18

HORA: _____

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO DO SUS:

NOME: F^o PEREIRA CAVALCANTE DT DE NASC: 11/05/49 ID: 695XN
EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: PROFESSOR RAÇA(ETNIA): 07
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: MEIO LINS UF: PE CEP: 56304060
Nº. DOCUMENTO: () CPF () IDENTIDADE
NOME DA MÃE: LUZIA PEREIRA CAVALCANTE TEL: 08 2247 0884
NOME DO ACOMPANHANTE: FRANCILENE

COR

() 01 BRANCA () 04 AMARELA

() 02 PRETA () 05 ÍNDIO

() 03 PARDAS () 06 INFORMAÇÃO

CLÍNICA

() NEONATAL () CLÍNICA MÉDICA () CIRÚRGICA () PEDIÁTRICA () TRAUMATOLÓGICA () SAÚDE MENTAL
CARATER: () ELETIVO () URGÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PAUZE COM INJUNÇÕES (MANTO) COM FISTULA DE TENDÃO
+ HAS (DMA) HEMORRAGIA SUBDURAÇA + FISTULA EXTERNA
EM ANTERIOR

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

PAUZE COM INJUNÇÕES (MANTO) COM FISTULA DE TENDÃO

Atesto Com

Do Documento Original

Em: 17/10/2018

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA QUINTA C7C

DATA: 06/09/18

MÉDICO-CREMEPE(CARIMBO)

CONDIÇÕES DE ALTA

() 11 - ALTA CURADO (X) 31 - TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
() 12 - ALTA MELHORADO () 41 - ÓBITO COM DECLARAÇÃO FORNECIDA PELO
() 14 - ALTA PEDIDA MÉDICO ASSISTENTE ☐ + 48 HS ☐ - 48 HS
() 16 - ALTA POR EVASÃO

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: VUP em Delirium

Maryclorde do Nascimento

Hosp. Reg. Inácio de Sá

Mat. 230.596 - 8

Francilene Bezerra do Silva

DATA: 06/09/19
Nº DE OCORRÊNCIA:
HORA DE CHEGADA: 01:19
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO

CPF: 69 ID: 09 Cor: 03

NOME: Luciana Paival Conti DATA DE NASC: 11/05/69

SEXO: M ORIENTAÇÃO SEXUAL: ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: ANALISTA

NOME DA MÃE: LUZIA PEREIRA Conti TEL: (21) 2547 0870

ENDEREÇO: BAIRRO: HERMÍNIO Nº CIDADE: PERUQUIL

GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR () CNS:

RESPONSÁVEL: ILSON CIVENE FUNCIONÁRIO (A):

MEIO DE TRANSPORTE	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO	ENCAMINHADO
BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	ANDANDO () ATACA () CADEIRA DE RODA ()	HOSPITAL () PSF () OUTROS ()

PA: HGT: 132 TEMP: FC: 58 SATO₂: 94 FR: PESO:

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____
 USO DE MEDICAMENTOS: _____ ALERGIAS: _____

USO DE MEDICAMENTOS:		ALERGICO:	
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOMPLIMENTAÇÃO:		ENCAMINHAMENTOS:	CLASSIFICAÇÃO:

AValiação da Enfermagem / Acolhimento	Encaminhamentos	Classificação
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza	() Clínico Geral	
() Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais	☒ Cirurgião	☒ Vermelho
(•) Tosse _____ () Taquicardia () Convulsão () Desmaio	() Ortopedista	Amarelo
() Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas	() Odontólogo	Verde
() Dor, Local: _____	() Serviço Social	Azul
() Queixa Urinária: _____	() Enfermagem	
() Sangramento, Local: _____	() Outros: _____	Assinatura Enf.
() Outras Queixas: <u>Paciente vítima de acidente</u> <u>el. Faturado com MSE com lesões</u> <u>na região retroorbital</u>		

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA	
-------------------------------------	--

1. QUERER PRINCIPAL (QP) / HISTORICO DA DOENÇA (HDA)
 FOTOCOPIAR VITIMA E AMPLIAR 10 VEZAS PARA SE CORRIJIR
 FAZEA PRU VITIMA
 FAZEA PRU APRESENTAR OUTROS EXAMES

2 - HIPOTESE DIAGNOSTICA

Autism

3 - EXAMES SOLICITADOS

PLANEJAMENTO CURRICULAR PARA TURMA A / ANOS INICIAIS A
E PERÍODE

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: _____ Fator de Proteção: () Cinturão Capacete () Qual: _____ () Ignorado	ACIDENTE DE TRABALHO Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: _____ () Ignorado	OUTRO TIPO DE ACIDENTE () Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Alogamismo () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: _____ () Ignorado
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espandimento () Outro Qual: _____ () Ignorado	() Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: _____ () Ignorado	() Via Pública () Doméstico () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: _____ () Ignorado

Marycláide do Nascimento

Hosp. Reg. Inacio de Sa
Mat. 230.596 - 8

[Signature]

Documento Original

Encl. / H 10 1201

$\frac{1}{\sqrt{2}} \begin{pmatrix} 1 & -i \\ 0 & 1 \end{pmatrix}$

5 - CONDOTA MÉDICA / EVOLUÇÃO

DATA/HORA

- ① SÍTIO, 2000 - 6/10/2005
- ② DORSA DADA - 10/10/2005
- ③ DORSA DADA - 10/10/2005
- ④ (EMOTIVA) DADA
- ⑤ DORSA DADA - 10/10/2005
- ⑥ DORSA DADA
- ⑦ DORSA DADA
- ⑧ DORSA DADA

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO
Cirurgia de Urgência
CRM 10.000.000

Assinatura do Médico (Carimbo Nome nº do CRM):

6 - EVOLUÇÃO

DATA/HORA

~~Antes~~ Paciente vítima de capotamento de carro em estrada neste hospital, c/ alteração de sensorio + paralisia deformada em antebraço (E).

AO EXAM: FC em 1/3, membro proximal antebraço (E), deformidade local, NV preservado, sem sinais de sd. compartmental.

Rx antebraço: fratura: radio proximal, e/ ulna: ed. + metacarpo 4to grau de unguis, met. 1to, 2to, 3to, 4to, 5to, 6to, 7to, 8to, 9to, 10to, 11to, 12to, 13to, 14to, 15to, 16to, 17to, 18to, 19to, 20to, 21to, 22to, 23to, 24to, 25to, 26to, 27to, 28to, 29to, 30to, 31to, 32to, 33to, 34to, 35to, 36to, 37to, 38to, 39to, 40to, 41to, 42to, 43to, 44to, 45to, 46to, 47to, 48to, 49to, 50to, 51to, 52to, 53to, 54to, 55to, 56to, 57to, 58to, 59to, 60to, 61to, 62to, 63to, 64to, 65to, 66to, 67to, 68to, 69to, 70to, 71to, 72to, 73to, 74to, 75to, 76to, 77to, 78to, 79to, 80to, 81to, 82to, 83to, 84to, 85to, 86to, 87to, 88to, 89to, 90to, 91to, 92to, 93to, 94to, 95to, 96to, 97to, 98to, 99to, 100to.

Para Residência: () Internação () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: / / Hora:
 Transferido para: reanotar em ortopedia após liberação do membro por + NCR

Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento: A AIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de:
✓ Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas;

50043637

FRANCISCO PERA CAVAL

M-

069Y

203552 1

17-sei-2018

Acq: 14:54:36

Se: -

Im: 2

Zoom: 1.00x
W: 4096 L: 2048 (Auto)

DROC
SEDECAL Corp
Hospital Universitario
DFOV: -

50043637
FRANCISCO PEREIRA CAVAL
M
069Y

203552 1
17-set-2018
Acq: 14:53:58
Se:
Im: 1

Zoom: 1.00x
W: 1096 L: 2048 (Auto)

DROC
CDD

ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Data : 21/09/2018 09:56:47

11/05/1949

204767_1

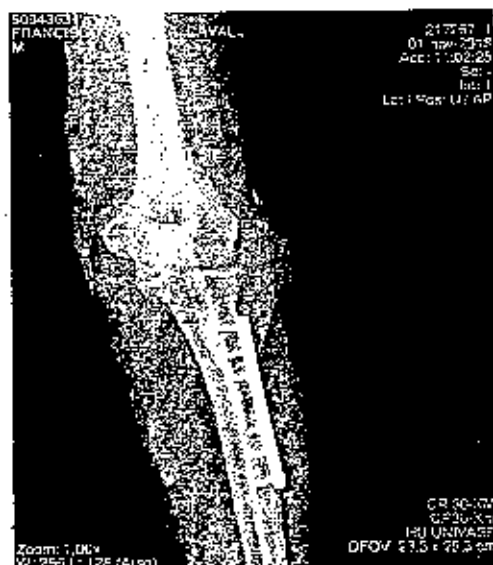
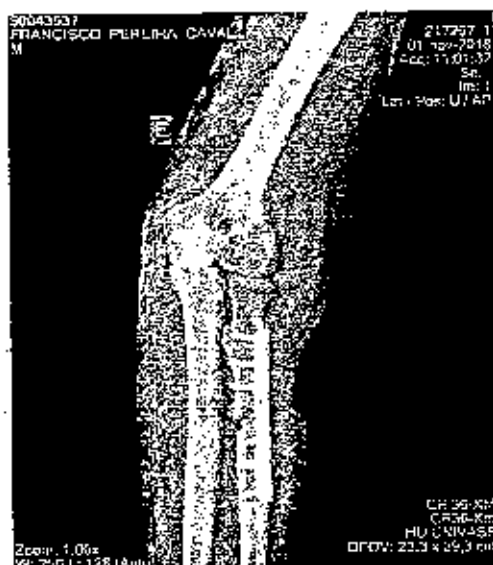
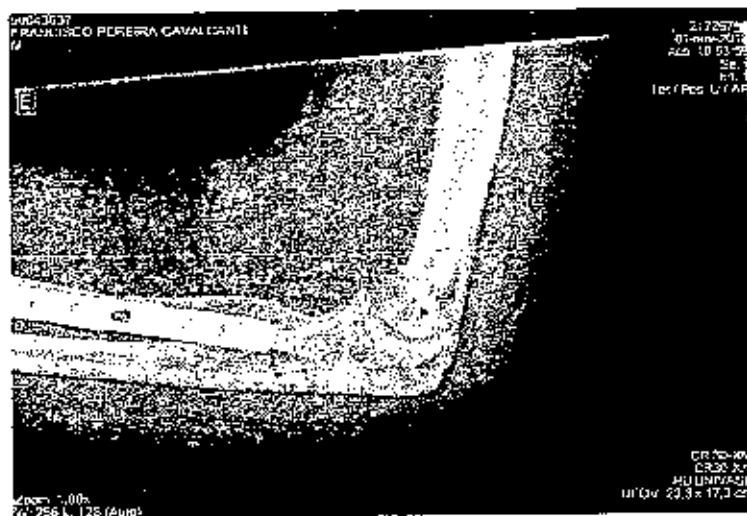


ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Data : 01/11/2018 10:25:17

217267_1



ID Paciente : 8001

204767_1

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Data : 21/09/2018 09:56:47

11/05/1949



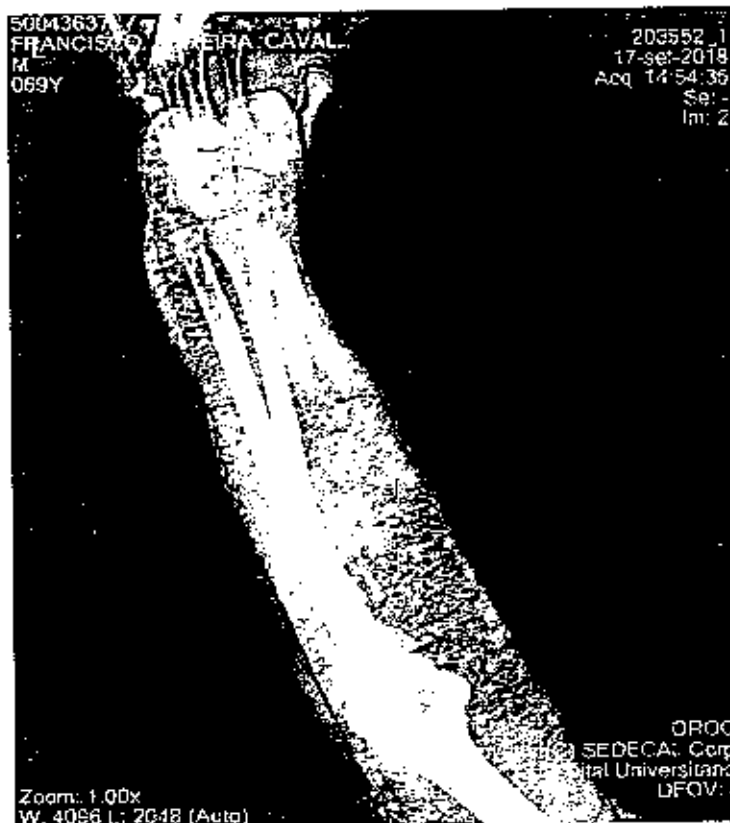
ID Paciente : 8001

203552_1

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Data : 17/09/2018 14:03:01

11/05/1949

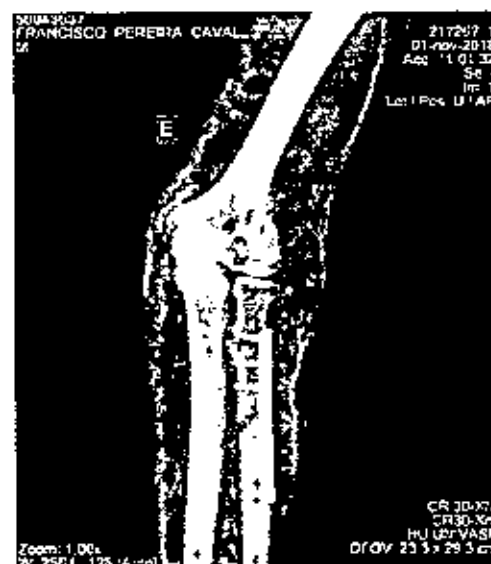
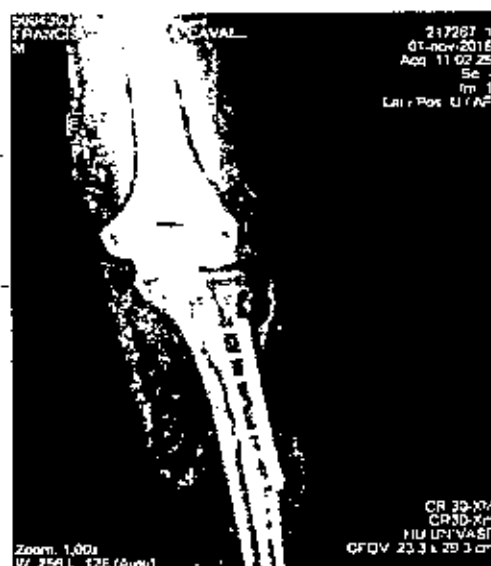
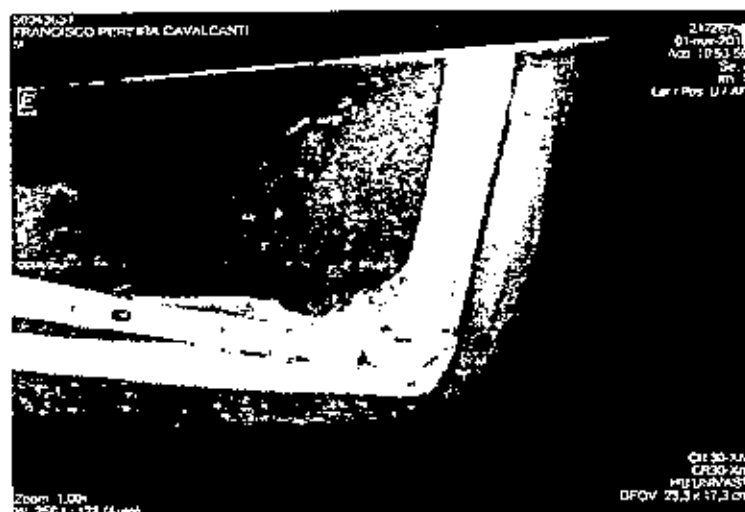


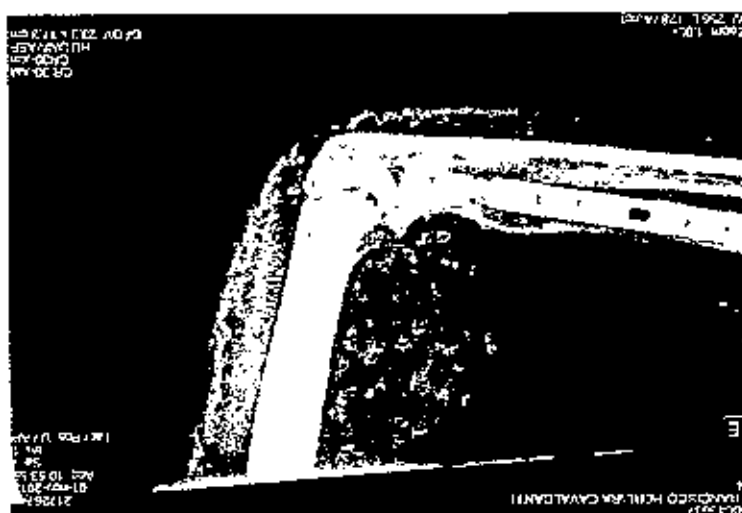
ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Data : 01/11/2018 10:25:17

217267_1





1008

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

01/11/2018 10:25:17

217267-1

239348_1

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

10/01/2019 14:04:36

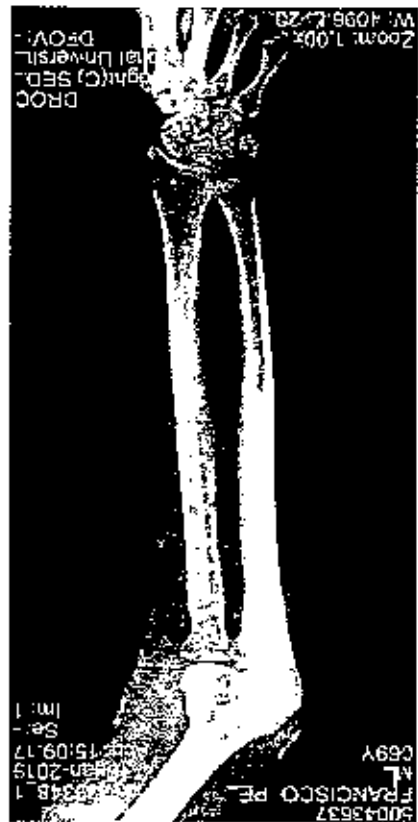
11/05/1949

ID Paciente :

8001

Nome :

Data :



RECEITUÁRIOLAUDO MÉDICO

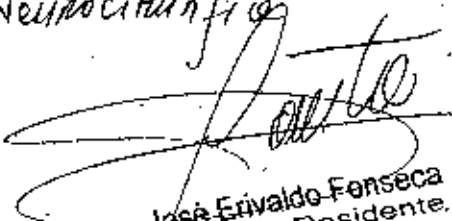
Paciente f^{co} (Francisco Pereira Cavalcante) 69 anos, com sequelas motoras e impotência funcional em membro superior esquerdo, perda de força e deformidade - Fratura exposta e lesão Nervosa por acidente automobilístico 06/09/18.

Paciente com sequelas permanentes

CID 10.
 ↖ S04.0
 ↖ S04.1
 ↖ S04.2
 ↖ Q56.3

ALTA Ambulatório
Neurocirurgia

DATA: 16 / 01 / 19


José Eivaldo Fonseca
Médico - Residente
Neurocirurgia
CRM-CE 11.280 CRM-PE 22224

AMBULATÓRIO - HE / UNVASF

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Menezes, S/nº - Centro - 56304-205 Petrolina - PE - 87 2101- 6511 / 2101 6500

RECEITUÁRIONOME: Laudo médico

Paciente Francisco Pereira Cavalcanti,
69 anos, com sequela de fratura
exposta do Antebraço Esq +
lesão miotendínea em Antebraço +
lesão do N. interosseo posterior.

Recebe Alta ambulatorial da
Ortopedia. Encaminhado ao Cir.
de mão para avaliar artrodese
do Punho

CD: 656.3

DATA: / /

Dr. Carlos A. Rego
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12040 PE
CRM 15481 RA

10
01
2019

DATA: ____/____/____

NOME: _____

RECEITUÁRIO

Avenida José de Sá Menezes, S/nº - Centro - 56304-205 Petrolina - PE. R7 2101-6511 / 2101-6580
Dr. Washington Antônio Ramos

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

AMBULATÓRIO - HR / UNIVASF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

EBSEFH

UNVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/12/2013

RECEBIMTO GERAL: 1.703.018

IDENTIFICADO: FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI >>

DATA DE NASCIMENTO: 11/05/1949

IDENTIFICADO: LUISA PEREIRA CAVALCANTI >>

NACIONALIDADE: PEDRA - PE

DOC. ORIGEM: << CC.3180 L.619 FLS.49 CART. SEDE >>

SALGUEIRO-PE, 29.10.1997 >>

CNP: 136.661.184/53

ASSINATURA DO TITULAR: [Signature]

LEI Nº 7.116 DE 24.06.03

EC-4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE CEARÁ

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZER SOCIAL

[Fingerprint]

[Portrait Photo]

[Signature]

CARTERA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação

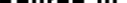


BRASIL
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE EXPIRAÇÃO 10/12/2013
 REGISTRO GERAL 1.703.018
 NOME << FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI >>
 PRIMEIRO << >>
 << LUISA PEREIRA CAVALCANTI >>
 DATA DE NASCIMENTO 11/05/1949
 NATURALIDADE PEDRA - PE
 DOC. ORIGEM << CC.3180 L.819 FLS.49 CART. SEDE >>
 SALGUEIRO-PE, 29.10.1997 >>
 CPF 136.661.184-53
 ASSINATURA DO DETENTOR
 LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

BRASIL
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 EC-4
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES R. RIL
 FOTOGRAFIA
 ASSINATURA
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
 FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

Documentos de identificação





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE	Nº 013816816710
85000-650532	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA	ENTRADA
85728221	85728221
NOME/ENDEREÇO	
MARIA DO CARLOS FERREIRA GONÇALVES - G	
OMES - RUA AVALIAÇÃO	
C3 ANIL - CASSINHEIRA	
PETROLINA - PE	
56321-730	
PLACA	PLACA
0428	YHH 063
NOME INTERIOR	
MARIA ANGELO DA SILVA	
PLACANTUF	CLASS
*****	85000-650532
ESPECIE TIPO	
PAS AUTOMOVEIS	COMBUSTIVEL
PAS AUTOMOVEIS	ALCO GASOL
MARCA/MODELO	ANO FAB
FORD Taurus	2005
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
5.0/150CV/1000CL	ABTICA
COB PREDOMINANTE	200540221
CINZA	200540221
OBSERVAÇÕES	
SEM RESSERVA	
SEM RESSERVA	
SEM RESSERVA	
LOCAL	DATA
PETROLINA - PE	2005/07/21
CHARLES ANDREW SOUSA FERREIRA	
DETRAN/PE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN/RS
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VALOR DO REGISTRO R\$ 2,00
VALOR DO LICENCIAMENTO R\$ 2,00
VALOR DO IMPOSTO DE ROTAÇÃO R\$ 2,00

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO
013816816710
MARCA DO VEÍCULO
FORD
MODELO DO VEÍCULO
FALCON

PLACA DO VEÍCULO
013816816710
COR DO VEÍCULO
VERMELHA
ANO DO VEÍCULO
1995

PLACA DO VEÍCULO
013816816710
COR DO VEÍCULO
VERMELHA
ANO DO VEÍCULO
1995

PLACA DO VEÍCULO
013816816710
COR DO VEÍCULO
VERMELHA
ANO DO VEÍCULO
1995

PLACA DO VEÍCULO
013816816710
COR DO VEÍCULO
VERMELHA
ANO DO VEÍCULO
1995

PLACA DO VEÍCULO
013816816710
COR DO VEÍCULO
VERMELHA
ANO DO VEÍCULO
1995

CONTROLO

CONTROLO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO

2102-100H

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS

CNPJ 08.248.400/0001-00

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO
DIGNIDADES DE VIDA E BEM-ESTAR DO CARIÓTIPO