



29/05/2020

Número: **0007558-33.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **24/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.087,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI (AUTOR)		ELVIS LAION DE SOUZA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62715502	29/05/2020 13:41	2723444_CONTESTACAO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PETROLINA/PE

Processo: 00075583320198173130

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Cumprir esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹ [1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² [1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS**. SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PETROLINA, 25 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **PETROLINA**, nos autos do Processo nº 00075583320198173130.

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





29/05/2020

Número: **0007558-33.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **24/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.087,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI (AUTOR)		ELVIS LAION DE SOUZA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62715504	29/05/2020 13:41	ANEXO 1	Outros (Documento)



Relevante

0735-1895

LAUDO MEDICO NA PAF E NO HOSPITAL





Laudo do IML - Lesões corpo



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 89 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 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.

DECLARO - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É Cópia FIEL DO ORIGINAL
18 / 01 / 2019
RAB 297043-0

Dr. Julio Cesar Freire
Médico Legista
PE 72.634 Mol.: 386.536-3

Página 1 de 2



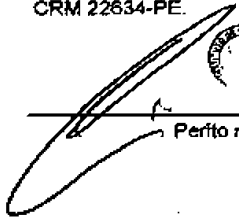


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(s) 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

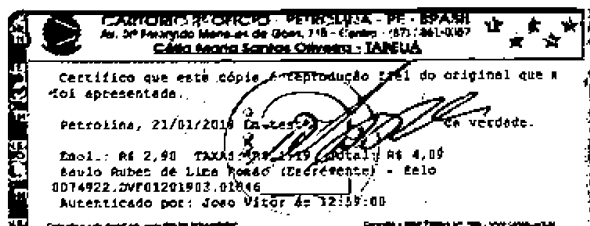


PERNAMBUCO - PERNAMBUCO-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
CORRIDA FIEL DO ORIGINAL

Pernambuco-PE, 18 / 01 / 2019

 297043-0
Núcleo de Medicina Legal





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 POLÍCIA DA 213A. CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA
Ofício nº. 17 / 2019 Data 18 / 1 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 213A. CIRCUNSCRIÇÃO - 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 68 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, (07)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, accleração 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.

Dr. Júlio César Frola
Médico Legista
PE 22.634 Matr.: 386.536-3

Página 1 de 2



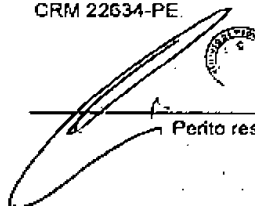


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

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 Matr.: 386.536-3
Perito responsável

TM: 2624/2019



RELATÓRIO - PETROLINA-PE
CERTIFICADO QUE A PRESENTE
É Cópia FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE, 18 / 01 / 2019
Ass: 297043-0
Nome: [illegible]

CANOTRELA OFICINA - PETROLINA - PE - BRASIL
Av. 3º Fernando Pessoa, 24 de 2001, 118 - Centro - 55011-007
CNPJ nº 06.908.000/0001-00

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

Petrolina, 21/01/2019. In: [illegible] de [illegible].

Emol.: R\$ 2,00 TAXA: R\$ 4,00 TOTAL: R\$ 6,00
Sendo Ruben de Lima Rocha (Interveniente) - Selo
0014922 UNV01201903.01845
Autenticado por: João Vitor de 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Patrícia Aleixo Silva



Nº. Sinistro	Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos DAMS	Seguradora Líder - DPVAT
--------------	---	--------------------------

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO		
Data do Acidente 04/09/2019	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 Peranera	Bairro d. Carmim	Cidade Relatona Pe
CEP 56321-739	Telefone 087988615592	Email

Atenção ! ➡ Preencha com ☒ Para documentação entregue

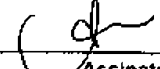
TIPO DE DOCUMENTO
DOCUMENTOS BÁSICOS (da vítima e/ou representante legal)
☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível)
☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima (Cópia simples 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 de Indenização (modelo no site) - original

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

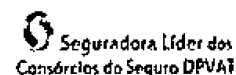
DOCUMENTOS MÉDICOS
☒ Relatório do Médico assistente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado (Cópia simples e legível)
☒ Comprovante das Despesas médico-hospitalares (originais, quitados e legíveis)
☐ Relatório do Dentista (quando for o caso) - Cópia simples e legível
☒ Notas Fiscais (originais 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	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
Data 31/01/2019	☒ Recebi os documentos assinalados
Nome Francisco Pereira Cavalcanti	Data 31/01/2019
Identidade 1.403.018	Nome Adalberto MULLER B. SILVA
	Matrícula 072.341.434-32
Assinatura do Portador	
	Assinatura do Atendente

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

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)
07/02/2016	/ / 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

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

Seguradora Líder - DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente: 09/09/19 Nome da Vítima: Francisco Pereira Cavalcanti CPF: 36.661.184-53

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: Francisco Pereira Cavalcanti Vítima ☒ Representante Legal ☐ Familiares ☐ Especificar vínculo: _____

Endereço para Correspondência: Rua Jaciara 1091 Vila Esperança I Assunção

A. Cassimiro Bairro Cidade: Retópolis

CEP: 56321-773 Telefone: 84988615592 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 de 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: 1703.018

X. Henrique P. Araújo
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS☒ Recebi os documentos assinalados

Data: 31/01/2019

Nome: Adalberto Rulli Barros do Silveira

Matrícula: 042.341.434-32

[Assinatura]
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:

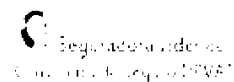
Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº 2624/2018, COM DATA DE 18/01/2019, DE PERNAMBUCO.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

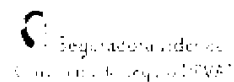
Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI

Patricia Aleixo Silva





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13971488





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00061/00062 - carta_03 - INVALIDEZ

00060031



Carta nº 13972652





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:	Nome completo da vítima:
	136.661.184-53	Francisco Pereira Cavalcanti
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Francisco Pereira Cavalcanti	136.661.184-53	
Profissão:	Número:	Complemento:
Pedreiro	91	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Acacia	Petrolina	PE
Bairro:	CEP:	
Verdeza Assinina Petrolina	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 (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2993 013 CONTA: 00059722-4	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 da 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(s): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos vivos: _____	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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Autorização de pagamento



Assinatura

(*) 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.

11 V001/2018

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: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	136.661.184-53	Francisco Pereira Cavaleanti
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Francisco Pereira Cavaleanti	136.661.184-53	
Profissão:	Endereço:	Número:
Peixeiro	Rua Assaia	95
Bairro:	Cidade:	Estado:
Vila Esperança Acarigua (Petrópolis)	Petrópolis	RJ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56321-730	

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

REDA 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2991	CONTA: 00059722 - 4
(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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (val nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: Petrópolis RJ	TESTEMUNHAS
	Nome: Francisco Pereira Cavaleanti	1º Nome: _____
	CPF: 136.661.184-53	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura de pagamento
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____
		CPF: _____
		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.

--- 71 V001/2018

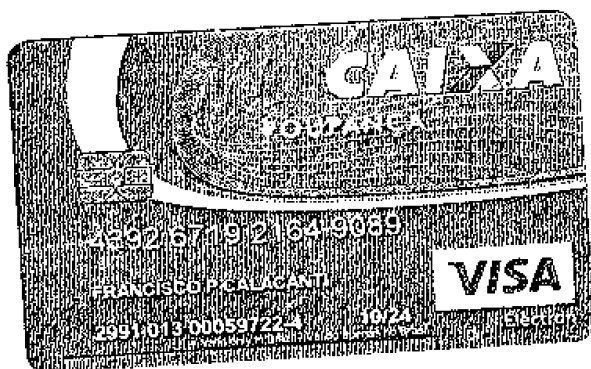


Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas 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 *cabol*
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	Salida 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

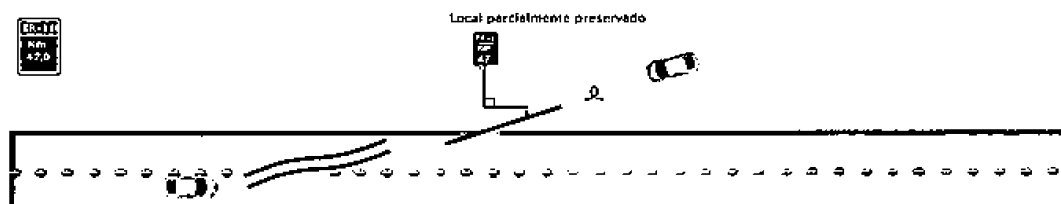


SENTIDO DECRESCENTE

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 89CB805A7C30B54AEBF546EE868144





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

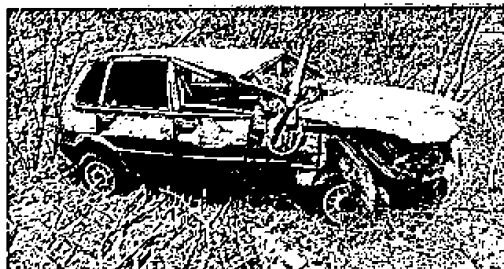
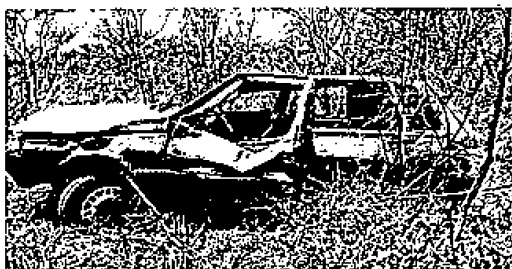
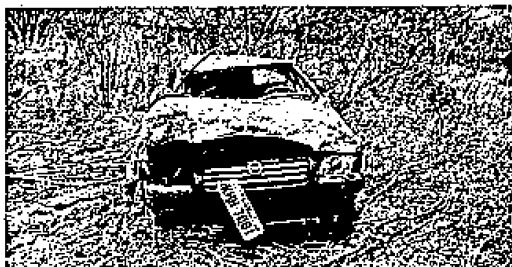
PROPRIETÁRIO

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





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 80CB805A7C3DB54AEBF546EE888144





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1



PASSAGEIRO

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





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 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobs/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

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 - 6054967/19/3190129638



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



PRF



Acidente nº 18051525B01

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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18051525B01 e o número de controle 89CB805A7C3DB54AEBF546EEB88144



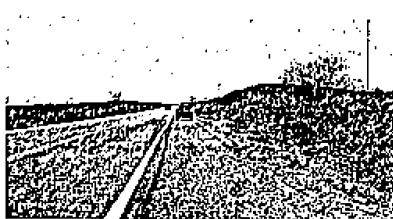


MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

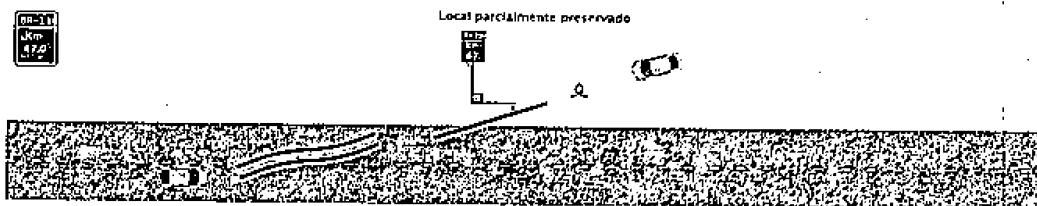


SENTIDO DECRESCENTE

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	-5.2

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/novoba/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



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

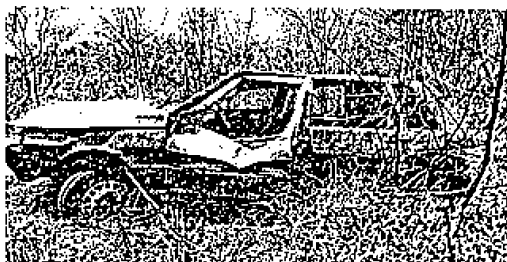
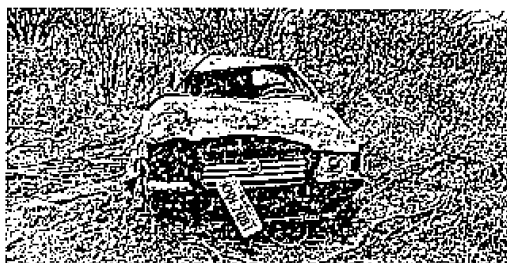
PROPRIETÁRIO

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, 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 89CB805A7C3DB54AEBF546E888144





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18051525B01



PRF

V1  **FRANCISCO PEREIRA CALVACANTI**
CONDUZIR

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

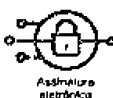
Visíveis sinais de embriaguez: Não

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 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 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 G1-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabot/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

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

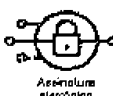
Total geral (SIM + NA): 5

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

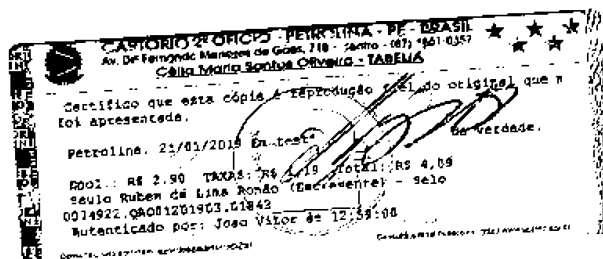
*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



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 3.539, 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





Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA
DP213ªCIRC DINTER2/25ªDESEC

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: **MUNICÍPIO DE SALGUEIRO, 1, TRAVESSIA DO**
SAO CENTRO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO, BRASIL
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUSENTE (AUTOMÓVEL) E
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (outros meios), que estava em posse de (a) Sr(a) FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI (presente ao plantão) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 11/01/1948, Nacionalidade: BRASILEIRO, Estado Civil: CASADO, Profissão: TRABALHADOR, Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 51, RUA ACACIA, 51, VILA EVOCA, CEP: 55.000-000, Bairro: ANTONIO CASSIMIRO - PETROLINA/PERNAMBUCO, BRASIL

AUSENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido, Data de Nascimento: NÃO INFORMADO, Estado Civil: NÃO INFORMADO, Profissão: NÃO INFORMADO, Endereço Residencial: NÃO INFORMADO, Bairro: NÃO INFORMADO - PETROLINA/PERNAMBUCO, BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade de (a) Sr(a) FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI, que estava em posse de (a) Sr(a) FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI, Marca/Modelo/Ano: AUTOMÓVEL/PIAT/UNO, Cor: NÃO INFORMADO, Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA

Foto: KHN7#54 (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 180. A VITIMA FICOU INTERNADA 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

18/05/2020 13:41:31

Boletim de Ocorrência

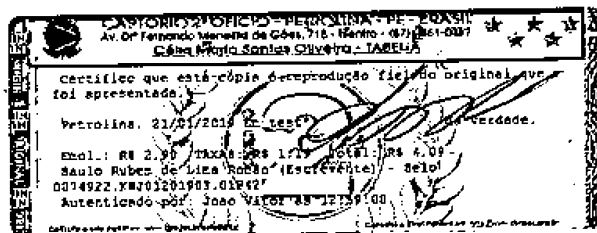
file:///C:/Users/SDS/Anexo/2020/BOC - Prato - 18052020

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
(VITIMA)

Francisco P. Cavalcanti

S.O. registrado por: VÍNICIUS GOUXHEIA LIRA - Matrícula: 3572028

Vinicius Gouxheia Lira





EXAME TRAUMATOLÓGICO

21c

[illegible]

LAUDO PRELIMINAR () SIM (X) NÃO

INILAPC - PETROLINA-PE

RECEBIDO

AS 10:00 HORAS DE 18.01.2019

PROTOCOLADO 05 18.01.19

296528-3

INTEIMATRICION



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 29/10/2016, Órgão SABGUEIRO 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:

Comprovante de residência

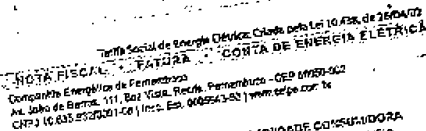
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Acacia</u>
Número	<u>91</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Vila Esperança A. Cassimiro</u>
Cidade	<u>Petrolina</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>(Pe) 56321-730</u>
Telefone de Contato	<u>087988615592.87999456533</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolina 31/01/2019

Assinatura do Declarante: Francisco Pereira Cavalcanti





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ACACIA 91 VILA ESPERANÇA

ANTONIO CASSIMIRO PETROLINA
PETROLINA PE
58221-730

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

DATA DE EMISSÃO	SERIE	NUMERO	DESCRIÇÃO
08/01/2017	1000	1501/2018	
08/01/2019	1000	1501/2019	

NUMERO	NUMERO DA NOTA FISCAL	VALOR (R\$)
00012019	2011057122	21,19
	5290390	25,07
		46,19
		1,34
		3,50
		0,40

TOTAL EMISSURA		RENDIMENTO BRUTO DE CONSUMO DE ENERGIA NOTAL FISCAL				18.12.2013	
		ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)	
Nº DO MEMORA	Tipo DA FUNDADO	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS			
301620640	CAT	18-12-2013	21.127,00	16-01-2014	26	1.00000	201,00

MEMORANDUM	FUNCTION	DATE	TIME	INITIALS
20100404	CAT	15-11-2013	20:15:00	

INSTRUMENTOS DE CONSUMO

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE ENERGÍA

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE AGUA

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE GASES

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE MATERIALES

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE SERVICIOS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

ITEMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALORES DESTINATOS
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74
100%	156,73	25,36	39,74

CONSUMO DE OTROS

[illegible]

OUTRUGAÇÃO E PRESENCIA DAS INTERMUNICIPAÇÕES					VALOR ANUAL		NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	TRATAMENTO SANEAMENTO POTABILIZ	ÁGUA CANAL	ÁGUA THERMAL			TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE AVALIAÇÃO DE VALOR	VALOR
PETROLINA I	0,00	6,00	70,14	30,20		270	202	231
	0,00	3,30	0,50	1,20				
	0,00	2,86	0,00	0,00				

DUE - DUE
 DUE - DUE

LUGAR 1221
 DUE - VALOR DE TENSÃO DO LUGAR DO SISTEMA DE INTERMUNICIPAÇÃO - PETROLINA

US\$ - VALOR DE CADA PO de LITROS SANEAMENTO - 1700,00

[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)	<u>Atacica</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>56321-130</u>
Telefone de Contato	<u>87988615592 (87999456533)</u>
E-mail	

Comprovante de residência

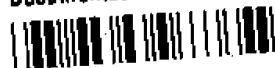


Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolina 31/01/2019

Assinatura do Declarante: Francisco Pereira Cavalcanti





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA 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, TREVO 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

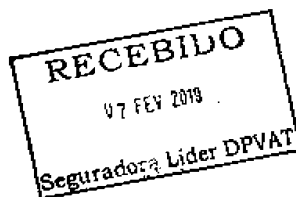
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PETROLINA, 01, RUA ACACIA, 31, VILA ESPERANÇA
- CEP: 6 - Bairro: ANTONIO CASSIMIRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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: AUTOMOVELT/AT/UNO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHH7681 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR FRANCISCO PARA INFORMAR QUE NO DIA 08 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 REVISORES, 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/xml/BOEPreviewer.html

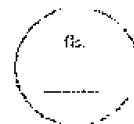
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
(VITIMA).

Francisco P. Cavalcanti

S.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

2 de 2

• REF. BO nº 19E0303000263

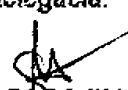
18/01/2019 09:54

Senhor Legista,

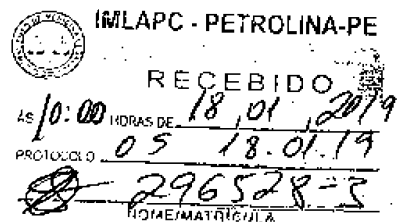
Cumprimentando-o cordialmente, solicito a V. Sa. as providências necessárias no sentido de que seja realizado Exame Traumatológico na(s) pessoa(s) de **FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI**, já qualificado nos autos.

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

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



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 regulada de Poliquênis / PE, com histórico de acidente automobilístico ontem, em carpentamento (various tipos pequenos parciais). Relato de perda da consciência. Paciente apresenta amnésia lacunar. No momento, segue consciente e dor em MSE. ECG 15, papilas isocônicas, PR, aparentemente sem distúrbio, MSE indolizado; eructações em eufria.

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

(cd: 1) A14 / Prescrição

- 2) Solicito nova TC de crânio e coluna cervical.
- 3) Avaliação da ortopedia.

Dra. Anajara Ferraz
Oncologista Neurológica
CREMEPE: 23961

= Ortopedia =

Paciente vítima de carpentamento há 01 dia, com trauma em antebraço. RX evidenciando fratura exposta em antebraço.

- 1) Manter dista zero.
- 2) Ao Haco cirúrgico.

Dr. Tarso Pires
Traumatologista Petrolina
CRM-PE: 19460 CRM-PA: 30987
SBT 1363

Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Data de Impressão: 07/09/2018

Hora: 12.44

HU, preserve-o, ele também é seu.

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 Eucaloto

PETROLINA, 12 de setembro de 2018.

Dr. Anajara Ferraz
Residente Neurocirurgia
CREMERE: 23961
Médico

Na policlínica
da Univasf.



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	Hora de Fim CR	
					07/09/2018 12.32.00	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	

Michael Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF EBSERH
SAPE: 210.2032

REC - UNIVASF
17-10-2018



FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF				PRONTUÁRIO	DATA																																																																																																									
NOME: <u>Francisco Pereira Cavalcanti</u>				Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>24</u>																																																																																																									
CIRURGIÃO: <u>Tarciso</u>				ASA: <u>2</u>	Urgência: ☒ SIM ☐ NÃO																																																																																																									
PROCEDIMENTO: <u>Alberto</u>				INÍCIO: <u>21.15h</u>	TÉRMINO: <u>22.20</u>																																																																																																									
Anamnese:				CONDIÇÕES DE ENTRADA																																																																																																										
Alergia: ☒ Não ☐ Sim				PA: <u>114 x 68 mmHg</u>																																																																																																										
Jejum: ☒ >8h ☐ <8h				FC: <u>105 bpm</u>																																																																																																										
Patologias: ☒ Não ☐ Sim				SAT: <u>98%</u>																																																																																																										
Exames:				OUTROS:																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">HORÁRIO</th> <th colspan="2">MEDICAÇÃO</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02</td> <td>AR</td> <td>1</td> <td><u>Nausedron</u></td> <td><u>8mg</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td><u>Ranitidina</u></td> <td><u>50mg</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td><u>Coloide 11na</u></td> <td><u>20%</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td><u>Sexamectona</u></td> <td><u>10mg</u></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>13</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						HORÁRIO		MEDICAÇÃO		Dose	02	AR	1	<u>Nausedron</u>	<u>8mg</u>			2	<u>Ranitidina</u>	<u>50mg</u>			3	<u>Coloide 11na</u>	<u>20%</u>			4	<u>Sexamectona</u>	<u>10mg</u>			5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20		
HORÁRIO		MEDICAÇÃO		Dose																																																																																																										
02	AR	1	<u>Nausedron</u>	<u>8mg</u>																																																																																																										
		2	<u>Ranitidina</u>	<u>50mg</u>																																																																																																										
		3	<u>Coloide 11na</u>	<u>20%</u>																																																																																																										
		4	<u>Sexamectona</u>	<u>10mg</u>																																																																																																										
		5																																																																																																												
		6																																																																																																												
		7																																																																																																												
		8																																																																																																												
		9																																																																																																												
		10																																																																																																												
		11																																																																																																												
		12																																																																																																												
		13																																																																																																												
		14																																																																																																												
		15																																																																																																												
		16																																																																																																												
		17																																																																																																												
		18																																																																																																												
		19																																																																																																												
		20																																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">LÍQUIDOS</th> <th colspan="2">MONITORIZAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Simbolos</td> <td></td> <td>☒ OXÍMETRIA</td> <td>☐ ANALISADOR GÁS</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td>☒ CARDIOSCOPIA</td> <td>☐ PAI</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td>☒ PNI</td> <td>☐ OUTROS</td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td>☐ CAPNOGRAFIA</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td>☐ SVD</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>170</td> <td></td> <td colspan="2">TÉCNICA ANESTÉSICA</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td>☐ ACOMPANHAMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150</td> <td></td> <td>☐ RAQUIANESTESIA</td> <td>☐ G. VENOSA</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td>☐ G. BALANÇADA</td> <td>☐ PERIDURAL</td> </tr> <tr> <td>130</td> <td></td> <td>☐ G. INALATÓRIA</td> <td>☐ PERI CONT.</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td>☒ B. PLECO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						LÍQUIDOS		MONITORIZAÇÃO		Simbolos		☒ OXÍMETRIA	☐ ANALISADOR GÁS	240		☒ CARDIOSCOPIA	☐ PAI	220		☒ PNI	☐ OUTROS	200		☐ CAPNOGRAFIA	☐	180		☐ SVD	☐	170		TÉCNICA ANESTÉSICA		160		☐ ACOMPANHAMENTO		150		☐ RAQUIANESTESIA	☐ G. VENOSA	140		☐ G. BALANÇADA	☐ PERIDURAL	130		☐ G. INALATÓRIA	☐ PERI CONT.	120		☒ B. PLECO		110				100				90				80				70				60				50				40				30				20				10																
LÍQUIDOS		MONITORIZAÇÃO																																																																																																												
Simbolos		☒ OXÍMETRIA	☐ ANALISADOR GÁS																																																																																																											
240		☒ CARDIOSCOPIA	☐ PAI																																																																																																											
220		☒ PNI	☐ OUTROS																																																																																																											
200		☐ CAPNOGRAFIA	☐																																																																																																											
180		☐ SVD	☐																																																																																																											
170		TÉCNICA ANESTÉSICA																																																																																																												
160		☐ ACOMPANHAMENTO																																																																																																												
150		☐ RAQUIANESTESIA	☐ G. VENOSA																																																																																																											
140		☐ G. BALANÇADA	☐ PERIDURAL																																																																																																											
130		☐ G. INALATÓRIA	☐ PERI CONT.																																																																																																											
120		☒ B. PLECO																																																																																																												
110																																																																																																														
100																																																																																																														
90																																																																																																														
80																																																																																																														
70																																																																																																														
60																																																																																																														
50																																																																																																														
40																																																																																																														
30																																																																																																														
20																																																																																																														
10																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Posição</th> <th colspan="2">Antibiótico</th> <th colspan="2">Descrição:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hemocomponentes</td> <td></td> <td>☒ Profilático</td> <td></td> <td>1</td> <td><u>Clotubolona</u></td> </tr> <tr> <td>☐ Não ☐ Sim</td> <td></td> <td>☐ Terapêutico</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dose:</td> <td><u>20</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hora:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dose:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hora:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Posição		Antibiótico		Descrição:		Hemocomponentes		☒ Profilático		1	<u>Clotubolona</u>	☐ Não ☐ Sim		☐ Terapêutico		2						Dose:	<u>20</u>					Hora:						Dose:						Hora:																																																																
Posição		Antibiótico		Descrição:																																																																																																										
Hemocomponentes		☒ Profilático		1	<u>Clotubolona</u>																																																																																																									
☐ Não ☐ Sim		☐ Terapêutico		2																																																																																																										
				Dose:	<u>20</u>																																																																																																									
				Hora:																																																																																																										
				Dose:																																																																																																										
				Hora:																																																																																																										
☒ Início/Fin Anestesia X ☒ Início/Fin Cirurgia X ☒ Início/Fin Monitorização X																																																																																																														



ANOTAÇÕES	INTERCORRÊNCIAS

FINAL DO PROCEDIMENTO	
Fluidos Totais CRISTALÓIDE: <u>1000 ml</u> SORO GLICOSADO: _____ SANGUE: _____ PLASMA: _____ PLAQUETAS: _____ DIURESE: _____	CONDIÇÕES FINAIS Encaminhado: ☒ RPA ☐ UTI ☐ Enfermaria ☐ PA: <u>212 x 80 mmHg</u> FC: <u>81 bpm</u> SAT: <u>93%</u> ☐ EXTUBADO ☐ INTUBADO

Dr. Alberto Irmão
 Anestesiologia
 CRM-BA 29796
 ANESTESIOLOGISTA - CRM

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA					
CONDIÇÕES DE ENTRADA					
☒ ACORDADO ☐ TORPOROSO ☐ INCONSCIENTE ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ INTUBADO ☒ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL					
PA: _____ FC: _____ SAT: _____					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	PA	FC	SAT	ANOTAÇÕES	
CONDIÇÕES DE ALTA					
☒ ACORDADO ☐ TORPOROSO ☐ INCONSCIENTE ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ INTUBADO ☒ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL NVPO ☐ NÃO ☐ SIM					
DOR					
BROMAGEM ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3					
ALDRÊTE E KROULIK <u>4</u>					
PA: <u>118 x 72 mmHg</u> FC: <u>80</u> SAT: <u>96%</u>					
HORA: <u>11</u>					
DESTINO: ☒ Enfermaria ☐ UTI ☐					

Dr. Alberto Irmão
 Anestesiologia
 CRM-BA 29796
 ANESTESIOLOGISTA - CRM





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

PARDADA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

LUIZA PEREIRA CAVALCANTI

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 99557435

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA P. B. nº 102 - NOVA PETROLINA

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - COD. IBGE

2614101

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. ITR.

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima

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

TC de crânio com fratura de temporal C + confusão

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

HEMORRAGIA EPIDURAL

CID 10 PRINCIPAL

S06.4

28 - CID 10

30 - CID 10 G ASSOCIADAS

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GHAU MÉDIO)

32 - CÓD. PROCEDIMENTO

303040092

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

36 - N.º DOCUMENTO - CNS CPF DO PROF. SOLICITANTE

60012257370

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANAIARA FERREIRA DA SILVA VIEIRA

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/2018

39 - ASS. CARIMBO IN. REG. CONSELHO

25961PE-CREMERF AMARZ FERRAZ

PREENCHER EM CASO DE CULPAS 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 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - CÓD. ORGÃO

52 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS CPF)

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

11-09-18

55 - ASSINATURA E CARIMBO IN. REG. CONSELHO



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

Anestesiista: 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 debris

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, ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS.

3- INCISÃO CIRURGICA DORSO MEDIAL DE THOMPSON EM ANTEBRAÇO ESQ

4- DISSECÇÃO POR PLANOS.

VISUALISADO E ISOLADO NERVO INTEROSSEO 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: 12049

Assistente Administrativo

NUM. 219-2062

Identificação
FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI
Leito: 310A

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		

Michelle Mendes Per
Assistente Administrativa
HU UNIVASF / EBSEERH
SIA 219.2962

UNIVASF
COORDENADOR DE SERVIÇOS
14-03-2018

Dr. Tarcísio Pires
Traumatologista
CRM-PR 14000-0A 34937
9091 14000

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 Poliquênis / PE com história de acidente automobilístico ontem, em capotamento (various vezes segundo 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 defeitos, MSE imobilizado, excoriações em ombro.

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

(1) ATN / Prescrição

(2) Poliquênis nova 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) Prontuário ditado zero

(2) do Hx cirúrgico

Dr. Tarciso Pires
Tramontado de Medicina Psiquiatria
CRM-PE 16490 EBM-PB 30481
5571 13635

Ass. Paciente:

Saída: ___ / ___ / ___ Hora: ___

Data de Impressão: 07/09/2018

Hora: 12.44

HU, preserve-o, ele também é seu.



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 NEUROPRAXIA
FERIMENTO EM DORSO DO ANTEBRAÇO GRANULANDO SEM SIANIS DE
INFEÇÃO
RECEBE 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 167575A 23228
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 Ferr
Residente Neurocirurg.
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

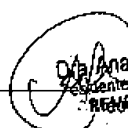
PRESCRIÇÃO PÓS-ALTA

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.


Dra. Anaíra Ferraz
Residente Neurocirurgia
Número: 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 eq + fratura da diáfise proximal do rádio eq 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**

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

Humberto Araceli Santos
Tramanda - RN
CRM-PE 19879 / BA 23224
E.O. 14519





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ
CNPJ: 10.572.048/0023-33 SALGUEIRO PE CEP: 55000-000
END. R. ANT^o ALENCAR SAMPAIO, 346 - PLANALTO - FONE: (87) 3871-8300
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR



REGISTRO Nº 117-342
DATA: 06/09/18
HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**CARTÃO DO SUS:**

NOME: Flávia Pereira Cavalcante DT DE NASC: 11/05/49 ID: 695X11
EST. CIVIL: CASADA PROFISSÃO: PROFESSORA (ETNIA): 07
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: MELO LIMA UF: PE CEP: 52304060
Nº. DOCUMENTO: () CPF () IDENTIDADE
NOME DA MÃE: Luiza 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:

POURTE COM TRAUMATISMO CRANIANO COM FISTULA DE TENDÃO
+ HAS (DIA) HEMORRÁGICA SUBARACNOIDEA + FISTULA EXTERNA
EM ANTERIOR

EXAME

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

INSULINA EXCESSIVA DE ANTERIOR

Atesto Com
Documento Original
Em: 17/10/2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FATURA QUINTA + TCE

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: AVP em Delírio

Marycláudia do Nascimento
Hosp. Reg. Inácio de Sá
Mat. 230.596-8

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 13:41:31



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SA - VILGERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SFM DOCUMENTOS

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

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>E. Pereira Paualconti</u>	DATA DE NASC: <u>11/05/49</u>	ID: <u>89</u> Cor: <u>07</u>
SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: _____	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>	PROFISSÃO: <u>ADVOGADO</u>
NOME DA MÃE: <u>LUZIA PEREIRA</u>	<u>Paualconti</u>	TEL: <u>(81) 3341 0870</u>
ENDEREÇO: _____	BAIRRO: <u>HERMÔNIO DUL</u>	Nº: _____ CIDADE: <u>PELOLIMA</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()		
RESPONSÁVEL: <u>LAURACIENE</u>	FUNCIONÁRIO (A): <u>_____</u>	
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () NÍVEA () CADEIRA DE RODAS ()	ENCAMINHADO HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: _____ HGT: <u>1,32</u> TEMP: _____	FC: <u>58</u> SAT: <u>94</u>	FR: _____ PESO: _____
ANTECEDENTES PESSOAIS: _____		
ANTECEDENTES FAMILIARES: _____		
USO DE MEDICAMENTOS: _____		
ALERGICO: _____		

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

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)
INDICULORAS VITIMAS DE ACIDENTE ELÉTRICO
EM CASA EM VÍTIMAS
NAVIA EM APROXIMANDO (ALTO) ELEVADO

2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
AVTUMMO

3 - EXAMES SOLICITADOS
EXAME COLA-TESTE PARA TUBERCULOSE / APTESMOS ELEVADO AP
E PERFE

Carimbo do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

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

Marysilde do Nascimento
Disp. Reg. Inácio de Sá
Mat. 230.596-8
Assinado eletronicamente

Do Documento Original
Em, 11/10/2019

5 - CONDUTA MÉDICA / EVOLUÇÃO

DATA/HORA

- ① SPO2 98% em O2 12L
- ② DRENA DRAIN + ANTI COAGULANTE
- ③ PROTEÇÃO PÍLOS DO TÓRAX
- ④ CEFOTRÍAX
- ⑤ IMPLANTE DE DRENAÇÃO
- ⑥ LINFOMA + QUÍMICO
- ⑦ PAINEL OXÍGENO
- ⑧ GUA SUTURA

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico (Carimbo Nome nº do CRM):

6 - EVOLUÇÃO

DATA/HORA

Antes da cirurgia, vítima de acidente de carro que entrou neste hospital, com lesões de sensorio + paralisia deformidade em antebraço (E).

AO EXAM: FC em 1/3 médio proximal anterior (E), deformidade local, UV preservado, sem sinais de SD. Transportado.

Rx antebraço fractura: radio proximal e/ulna. ed. medular no osso de unguis e metacarpo, foi visto fratura em nível INCR por

Para Residência () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: / / Hora: / /
Transferido para: reanestesia ortopédica após liberação do membro fraco + INCR

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 DE ASSIS
M-
069Y

203552 1
17-set-2018
Acq: 14:54:36
Se: -
Im: 2

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

DROC
SEDECAL Corp
Hospital Universitario
DFOV: -



50046637
FRANCISCO PEREIRA CAVAL...
M
069Y

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

Zoom: 1,00x
W: 4096 L: 2048 (Auto)

DROC
CDP



ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

11/05/1949

204767_1

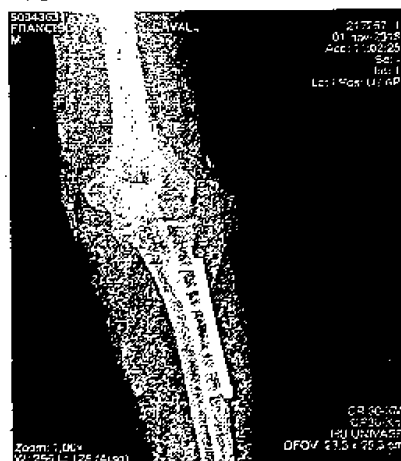
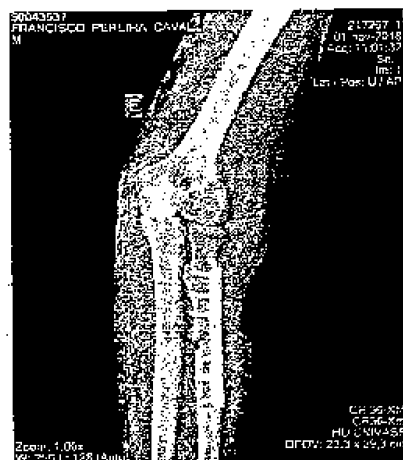
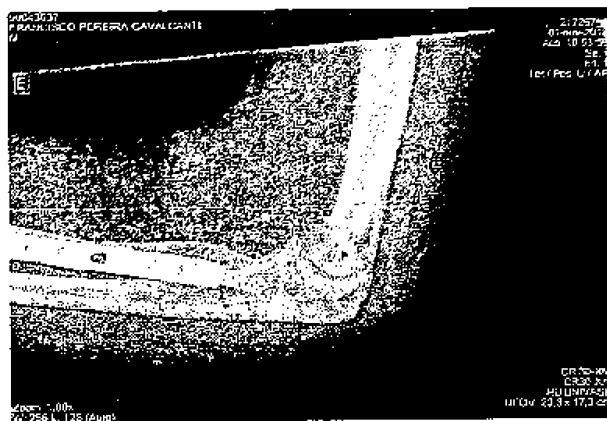


ID. Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

217267_1



ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

11/05/1949

204767_1



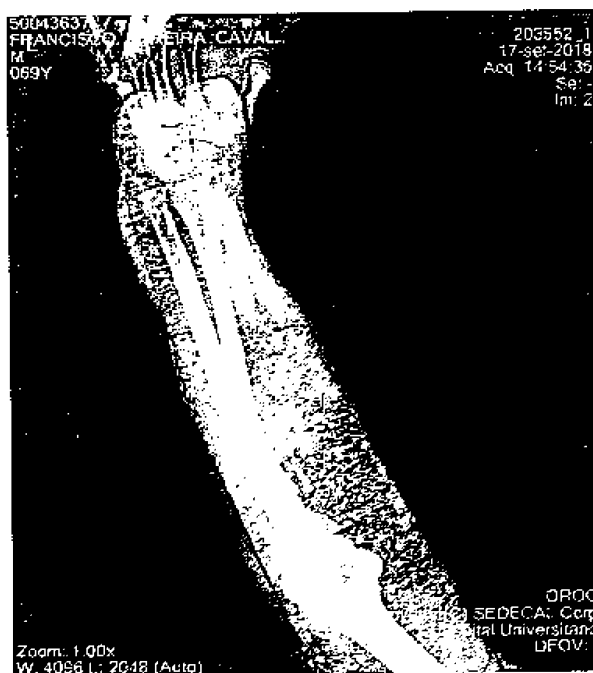
ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

11/05/1949

203552_1

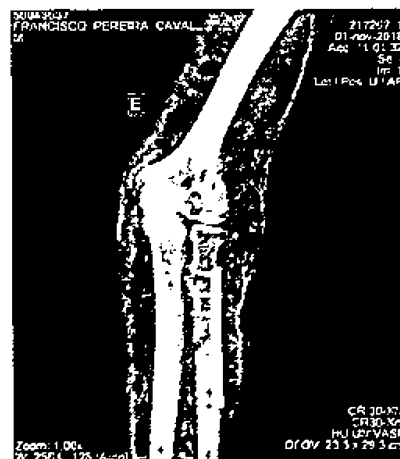
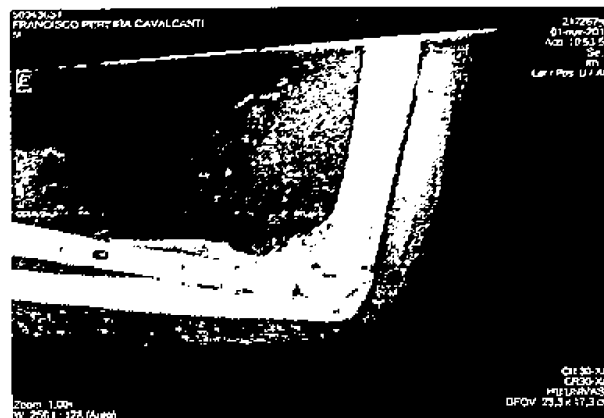


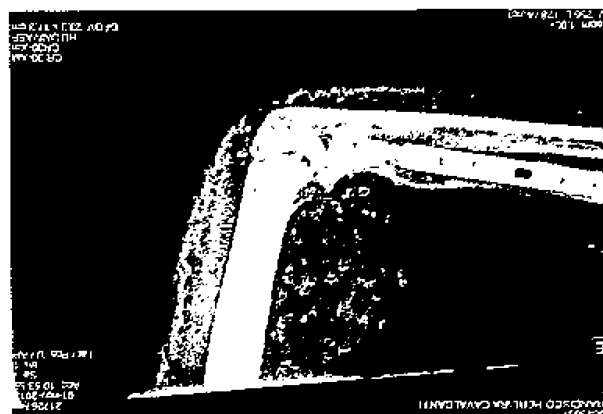
ID Paciente : 8001

Nome : FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

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

217267_1





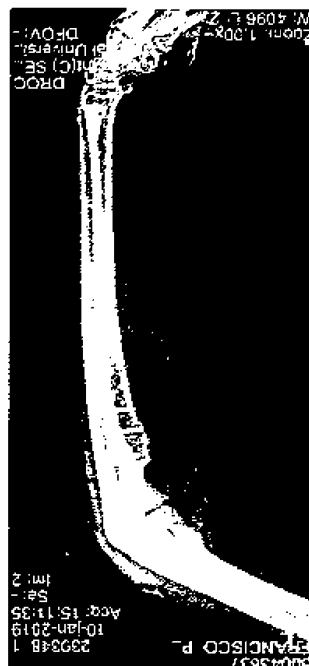
01/11/2018 10:25:17

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

8001

217267-1





11/05/1949

Data :

10/01/2019 14:04:36

Nome :

FRANCISCO PEREIRA CAVALCANTI

ID Paciente :

8001

239348_1



EBSERH

SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA

AMBULATÓRIO - HU / UNIVASF

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Marçanha, 590 - Centro - 56304-205 Petrolina - PE 87 2161-6511 / 2161-6500

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCO

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

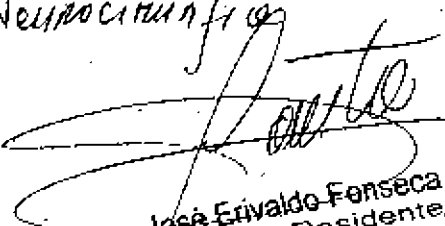
Paciente f^{co} (Francisco Pereira
Lervelcarre) 69 anos, com sequelas
motoras e impotência funcional
em membro superior esquerdo, perda
de força e deformidade - Fratura
exposta e úlcera Nervosa por
acidente automobilístico 06/09/18.

Paciente com sequelas permanentes

CID 10. ^{S04.0}
← S04.1
S04.2
G56.3

ALTA Ambulatório
Neurocirurgia

DATA: 16 / 01 / 19


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



EBSERH**UNVASF**
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCOAMBULATÓRIO - HE / UNIVASF
Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco
Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Menezes, S/n - Centro - 56304-205 Petrolina - PE. R2 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 Cln.
de rto para avaliar artrodese
do Punho

CD: 656.3

DATA: 1 / 1 / 1

Dr. Carlos Astolfo de A. Régio
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12040-PE
CRM 12461-PA

10
01
2019



DATA: ____/____/____

NOME: _____

RECEITUÁRIO

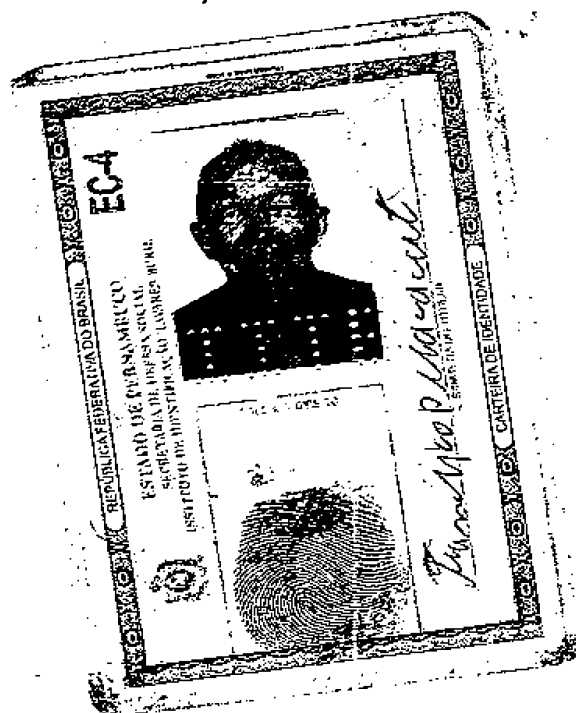
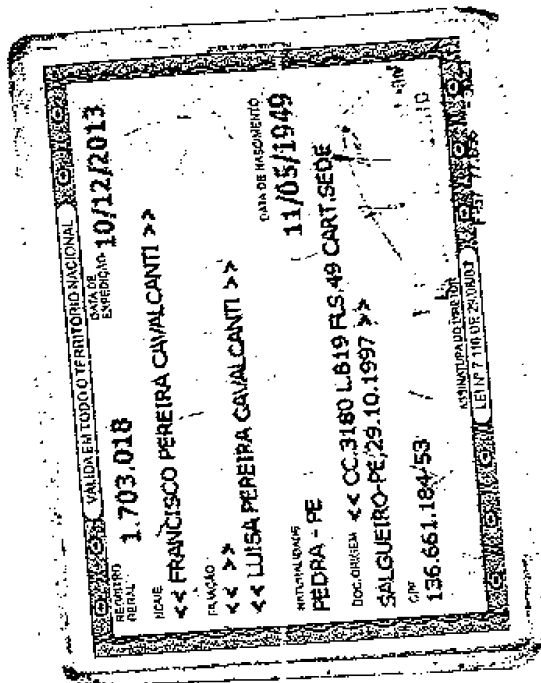
Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco
Dr. Washington Antônio Ramos
Avenida José do São Marçal, S/Nº - Centro - 56304-205 Petrolina - PE - R7 2101-6311 (210) 6500

AMBULATÓRIO - HM / UNIVASF



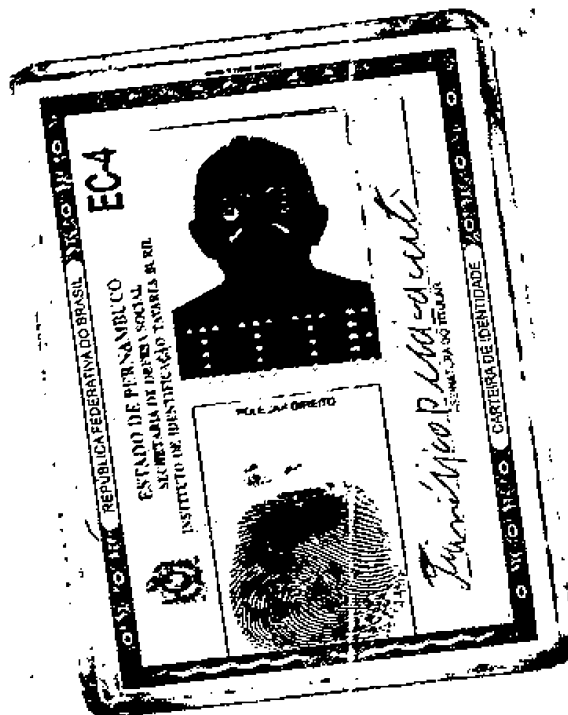
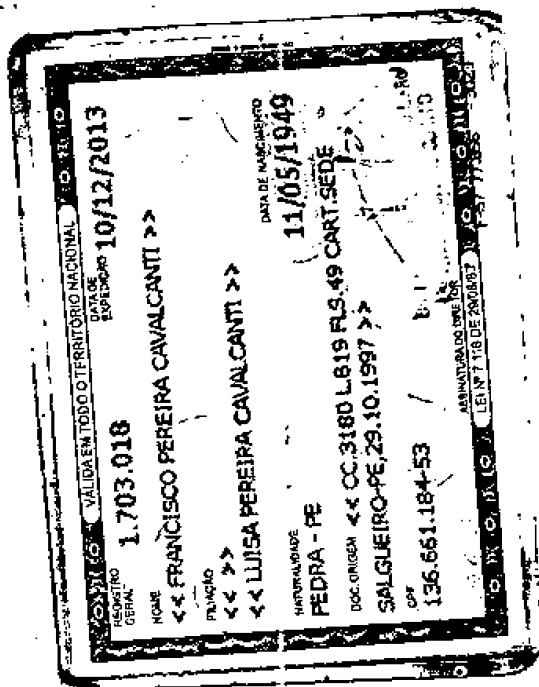
ASSEMBLEIA GERAL
EBSEFH





Documentos de identificação





Documentos de identificação



Abstract

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE		Nº 013816816710	
05800-650532		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VL	COO-VIENAVAN	INTRIC	*****
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA		VHH 061	
NOME/ENDEREÇO		MARCA/MODELO	
MARIANO DE NEVES DE ARAUJO GONCALVES - G		OMES - RUA	
CE - ANTA - 53500000		POT - 65CV - 1000CL	
POT - 65CV - 1000CL		5321 - 730	
PLACA			



