



Número: **0019968-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65376 775	28/07/2020 13:18	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100^a CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100^aCIRC DINTER1/14^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA DOS SANTOS** Pai: **MANOEL PAULO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05/01/2018 14:56



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 1

Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

*Antônio marcos dos santos***ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)**B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matricula: **221711-2**

05/01/2018 14:51



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antonio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119855394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antonio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119855394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix 01 de fevereiro de 2018

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01/01/2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

555.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos		555.555.334.30	acessor - se
Endereço	Av: Afonso Alves de Oliveira	Número	Complemento
Bairro	Centro	220	-
Email		Estado	CEP
		PE	55665-000
		Telefone (DDD)	
		81-99668-4824	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1038 D/V 38664 CONTA NRO. 4
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Caruaru - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

COMPREV
COMPREV VIDA E SEGUINCIAS S/A
17 JUL 2018

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FAPPF.001 V001/2017

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180420073**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

av afro alves de oliveira, 220 - centro - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Sds /PE**] **8567204**

Data e local do acidente: [**24/12/2017**] **Camocim de São Félix**

Data e local do exame: [**19/10/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Extenso ferimento corto contuso em ombro esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima se queixa de dor em ombro esquerdo. Ao exame, vítima sem sequelas.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com sutura da lesão. Recebeu alta definitiva.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

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

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420073 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Extenso ferimento corto contuso em ombro esquerdo.

Descrição do exame Vítima se queixa de dor em ombro esquerdo. Ao exame, vítima sem sequelas.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com sutura da lesão. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

APO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994 Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**
CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 9



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 644001
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Profissional ACS:						
Nome do paciente:	<i>Cintônio Marcos dos Santos</i>						
Genitora:	<i>Vera Lucia dos Santos</i>						
Data nasc.	18/05/94	Idade:	23 a	Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/> MASC.) (<input type="checkbox"/> FEM.)	Cor:	
Endereço:	<i>R. Afonso Alves da Olaria</i>						
Bairro:	<i>B. Olaria</i>						
Nome do acompanhante:							
<input type="checkbox"/> Ponto de referência: _____ <input type="checkbox"/> Filho (<input checked="" type="checkbox"/> Outro)							

LOCAL DE OCORRÊNCIA:				
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> OUTROS	
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> SUICÍDIO		
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> OUTROS
PRESSÃO ARTERIAL:	MAX. 130	MIN. 80	PESO: 74,5	TEMP: 34,5
QUEIXA PRINCIPAL:	<i>Pulse 75, FR. 20. Glargue 15. Pct. alcoolizada vítima de pedestre de moto (motociclista seu colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais e fratura.</i>			
EXAME FÍSICO:	<i>Sem parox, paralisia, perde de sensibilidade. Sem ríniais e fratura.</i>			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>Intoxicação Alcoólica / Acidente de moto. CID:</i>
EXAMES SOLICITADOS:	

TRATAMENTO PROPOSTO:	
CDI:	<ul style="list-style-type: none"> ① SG 5% sozinha + Olamp complexo B. (CORRER) ② Expirar Olamp + Sone AD EN ③ Pequ Olamp IH. ④ Ceteprefus Olamp 15g
	<i>15:40h</i>
	<i>folha</i>
	<i>M. Juliano de Oliveira Interno 09/01/2018</i>
APÓS AS AUDIÇÕES.	
mattoffte	
Nathalia Faria de Britto Médica CRM/PE 25574	24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
ALTA HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO



DATA: / / HORA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO





Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
Início visto
paciente ANTONIO MANOS DOS SANTOS, int. nro
de andar de medicina em 24/12/2017 Segur.
do B.O. n.º N: 18E0190000011

Sobre extenso ferimento no pulso esq.
foi tratado com higiene + desbridamento + su-
tura + curativos.

O resultado evolui com lesões:
- deformidade avançada (cicatriz no
métacarpo.)
- hérnias de tecidos ativos de
rotacao do dedo

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8684
CPF: 172.872.334-0

03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Comprez

imposto



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Marcos dos Santos,
RG nº 8.567.204, data de expedição 08/12/12, Órgão SDS

CPF nº 119.555.394-30 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>Av Afonso de Oliveira</u>
Número	<u>220</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lameira de São Félix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.2668-4819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lameira de São Félix 19/09/2018

Assinatura do Declarante: Antonio marcos dos Santos





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (81) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 181.001.0014398-2
CNPJ: 99.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2018085279232 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165 GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS
ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2011
DOAÇÃO AO PRÓ- CRIANÇA 08/2011

CONSUMO POR FAIXA VALOR R\$

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COAG E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURVIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

COMPREV
20 SET 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

P15	41,70	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUICAO DE AGUA ENCONTRA-SE EM OPERACAO NESSE ENDERECO E

Entidade: 671 19/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VÁZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

35 / 99 / 2018

卷之二 人物志

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 44670018035-8 00527923201-3 08201830003-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593330000064151467>
Número do documento: 2007281318593330000064151467

Num. 65376775 - Pág. 14

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marielide de Melo Silva,

RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000

Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com

domicílio na cidade de Camocim de São Félix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Alto Alires de Oliveira, nº 192,

complemento lara, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos, cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2 JCY 110 CR10 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 36.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



ÓFICIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE
LAMARTINE CORDEIRO ALVES - Telef.: 084 3200-1000 | MARIA LUCIANA PONTES DA SILVA - Presidente

Resid. Ofício Camocim, 500 - Centro - CEP: 56881-000 - Camocim de São Félix / PE - Fone: (084) 3242-7000 - e-mail: camocim@justica.mj.br

Assinatura digitalizada por: Marielide de Melo Silva - Selo: 0075028.EAR09201701.03973

data fe: Camocim de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testemunha da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - TSF R\$0,80 Total a Pagar: R\$4,79 - Oper. B.I

Consulte autenticidade em [www.jpe.jus.br/seledigital](https://pje.jpe.jus.br/seledigital)





AVENIDA CRUZ CABUGÁ - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2017125279232 Escriptório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLÍMICO		RESIDENCIAL	00527923.2	12/2017-7
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000		GRUPO: 6	OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2	
INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165				
RESIDENCIAL				
ESTADO: PE	DATA LEIT. ANTERIOR: 29/11/2017	DATA LEIT. ATUAL: 29/12/2017	TIPO DE CONSUMO:	
AL2U136071			MEDIA HD /	
ÁGUA	CONSUMO: 3	ESGOTO	VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 605	RECORRENTE TAXA MÍNIMA	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 615	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:	VOLUME: 0	
LEIT. FAT.: 615		LEIT. FAT.:	VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	ENIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2017 4/	TURBIDEZ	23	23	23
10/2017 4/	COR APARENTE	23	23	16
09/2017 5/	CLORO RESIDUAL	23	23	23
08/2017 6/	COLIFORMES TOTAIS	23	23	21
07/2017 6/	E. Coli	23	23	23
06/2017 6/				
MÉDIA 3/ 6				
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS: ABSÉNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017	3 M3	40,18
DOAÇÃO AO PRO-criança 12/2017		0,86
		2,50
COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 09 ABR 2018		
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		

TIPO	VALOR CÁLCULO	VALOR PAGAMENTO
PIS	40,18	0,66
COFINS	40,18	3,05

VENCIMENTO: 15/01/2018	TOTAL A PAGAR: 43,54
EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.	
Emitido por: EDINTILDO MIGUEL DA SILVA	Emitido em: 16/01/2018

compesa	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195	0800-2813844
VAZAMENTOS: 0800-0810185	
VENCIMENTO: 15/01/2018	TOTAL A PAGAR: 43,54
CÓDIGO DE BARRAS	VIA COMPESA
82820000000-5 43540018035-7 00527923201-3 12201770003-2	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antonio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119855394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antonio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119855394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix 01 de fevereiro de 2018

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01/01/2017



Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação			TARM			Operador de frota	
Médico Regulador Dra. Nayana			ID	Nº ocorrência	Unidade Móvel	Base da unidade Cometa	
Data 29-12-17			Hora 14:43	0130	01	Nº	
Endereço da ocorrência Ric Jucum Nabuco			Município Cometa				
Bairro Cidade							
Ponto de referência Por trás do cemiterio / Em via pública							
Nome da vítima Antônio Marcos dos Santos						Idade 22	Sexo M/F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				

Queixa Acidente							
Comunicação	Saída da base	14:45	Chegada no local	14:49	Saída do local	15:10	Chegada no destino
						15:13	Saída do destino
						15:30	Chegada na base

<input type="checkbox"/> Transferência (senha): _____	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro
<input type="checkbox"/> Tipo de Agravo: Acidente Trânsito _____	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Térmica
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor do veículo	<input type="checkbox"/> Química
<input type="checkbox"/> Passageiro do veículo	<input type="checkbox"/> Elétrica
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Clínico	
<input type="checkbox"/> Desabamento / Soterramento	
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Drogadição
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamento
<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	
<input type="checkbox"/> Quase Afogamento	

Antecedente:							
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Drogadição					
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial					
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores					
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamento					
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios					
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Outros					
<input type="checkbox"/> Diabetes							
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca							
<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa							
<input type="checkbox"/> Doença Mental							
<input type="checkbox"/> Doença Renal							

Exame Clínico:							
<input type="checkbox"/> Principais sintomas / Queixas	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Palidez					
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Sangramento					
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória	<input type="checkbox"/> Cúbito					
<input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Dor Local	<input type="checkbox"/> Outros:					
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Febre						
<input type="checkbox"/> Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> Mais de 4 horas	<input type="checkbox"/> Não sabe					
<input type="checkbox"/> 1 a 3 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 24 horas						

Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:	120 x 80	75	22		98	90%	15
Fim:							

RESPIRAÇÃO:							
Via Aérea:	Respiração/Ventilação:	Ausculta:	Expansibilidade:				
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal				
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Parada Respiratória	<input type="checkbox"/> Roncos/sibilos	<input type="checkbox"/> Superficial				
<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Regular				
<input type="checkbox"/> Corpo Estranho	<input type="checkbox"/> Ritmo irregular	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> Irregular				
<input type="checkbox"/> Bronco Aspiração		<input type="checkbox"/> Ausência MV					
<input type="checkbox"/> Edema de Glote							
<input type="checkbox"/> OBS							
Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Expectorado mucosa/purulenta	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input checked="" type="checkbox"/> Hálito Etílico	Outros		

CIRCULAÇÃO:							
Pele: <input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Úmida	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outros
Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebras	<input type="checkbox"/> M Inferiores	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Anasarca			
Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Ausente					
Pulso: <input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Fino	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente			
Ausculta: <input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofonese	<input type="checkbox"/> Atrito Pericardio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopro			
ECG: <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Não realizado					



Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Otorragia Esquerda | <input type="checkbox"/> Miase Direita |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Direito | <input type="checkbox"/> Miase Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Cansa | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Esquerdo | <input type="checkbox"/> Mideiase Direita |
| <input type="checkbox"/> Confusão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guaxinim Direito | <input type="checkbox"/> Midriase Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guaxinim Esquerdo | <input type="checkbox"/> Paralisia |
| <input type="checkbox"/> Otorragia Direita | <input type="checkbox"/> Rigidiz de Nuca | <input type="checkbox"/> Paresia |
| | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Anestesia |

OBSERVAÇÕES:

Segundo no local e
não se encontra
em edema, concerto
orientado, sem fraturas
ou lesões óssea, local
zado ao peito e
protocolo de trauma
e hemorragia JULIANA
REC DE ENFERMAG
COREN-PE 1209585

- Parestesia
 Arreflexia
 Pupila reagente
 Pupila não reagente
 Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:
 Desvio Traquéia
 Normal
 Turgência Jugular
 Enfisema Subcutâneo
 Outros:

- Abdômen:
 Distensão Ascite
 Doloroso / Defesa
 Espionomegalia
 Hepatomegalia
 Irritação peritoneal
 Normal
 Outros:

- Urogenital:
 Anúria
 Giordano Direito
 Giordano Esquerdo
 Hematuria
 Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento Hemorragia vaginal Normal semanas Outros:
 Trabalho de parto: 01 cont./10m 1-3 cont./10m 3-5 cont./10m Bolsa rota
 Parto útero Gemelar Líquido Meconial APGAR:

Sangramento Nascimento

- PROCEDIMENTOS:
 Desobstrução Vias Aéreas
 Intubação Nasal/áquaal
 Cânula Otoraringea
 Cricotirepídestomia
 Ventilação Mecânica Ambu.
 Respirador
 Inalação O2
 Toracocentose c/ Agulha Direita

- Toracocentose c/ agulha esquerda
 Crenagem Toracica direita
 Drenagem Toracica Esquerda
 Massagem Cardíaca Externa
 Desfibrilação/Cardiovessão
 Controle Hemorragia
 Curativo
 Punção Venosa Periférica
 Punção Venosa Central

- Sonda Gástrica
 Sutura manual
 Sedação
 Imobilização Membros
 Colar Cervical
 Talias/Tração
 Entubação Orotáqueal
 Traqueostomia
 Monitorização Cardíaca / Oximetria
 Outros

Diagnósticos:
TRATAMENTO:

Reposição Volumétrica	Volumen	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer Lactato	500 ml				
Sol. Isotônico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

500 ml

09 ABR 2018

PROTÓCOLO

REC. DE ENFERMAG

24 DEZ. 2017

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: *UNA 538*

MUNICÍPIO: *Recife*

INTERCORRÊNCIA:
PERTENÇES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux / Téc de Enferm.	Condutor
<i>Dra. Nayara</i>	<i>—</i>	<i>Juliana/Gabriela</i> TEC. DE ENFERMAG COREN-PE 1209585	<i>Rober</i>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

COD.: 148 - Gráfica Lima (81) 3728-0305





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

555.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos		555.555.334.30	acessor - se
Endereço	Av. Afonso Alves de Oliveira	Número	220
Bairro	Centro	Estado	PE
Email		CEP	55665-000
Telefone (DDD) 81-99668-4824			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1038 D/V 38664 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Camocim - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

COMPREUV - COMPRA DE INFLUÊNCIA S/A

17 JUL 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FAPPF.001 V001/2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA DOS SANTOS** Pai: **MANOEL PAULO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05/01/2018 14:56



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 21

Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

*Antônio marcos dos santos***ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)**B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matricula: **221711-2**

05/01/2018 14:51



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 22

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180420073**
Vitima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **24/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180420073**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **24/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 00319/00320 - carta_04 - INVALIDEZ

00050160


Carta nº 13507594



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 23

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **24/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180420073** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180420073**
Vitima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **24/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420073**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13358647



00020265



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180420073**
Vitima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **24/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420073**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Pag. 00181/00182 - carta_03 - INVALIDEZ

00050091


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13356077



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA: 375496777
ODO: REVMAM
TARIF. 44444444
EXERCÍCIO: 2017

RODRIGO
MACHADO DE MELO SIlVA

CAMOCIM DR. SÃO MELIX-PE

011 100 724-06

PLACA: FBS2800
Nº: 902204110CB402272

ESPECIE/TYPE: PAS /MOTOCICLETA
MARCA/ MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
CAB / POT / CIL: 2P/124CL
CATEGORIA: P
ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2012
COR/PELEJO/ESTR: PRETA

VIA: 011 100 724-06
REVMAM: 375496777
ANO: 2017
PLACA: FBS2800
Nº: 902204110CB402272

EXERCÍCIO: 2017
DATA EMISSÃO: 14/02/17

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

013128614040
RECIBO PE Nº

PE

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
09 ABR 2018 ASSINATURA	
PROTOCOLO	
AGÊNCIA RECIFE	
DATA: 14/02/17	ODO: REVMAM
PLACA: FBS2800	Nº: 902204110CB402272

DESPACHO: RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA
Assunto: Documento de Registro e Licença de Véhiculo

Assunto: Documento de Registro e Licença de Véhiculo

DESPACHO: RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA
Assunto: Documento de Registro e Licença de Véhiculo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122982/18
Vítima: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
CPF: 119.555.394-30

CPF de: Próprio
Data do Acidente: 24/12/2017
Titular do CPF: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS : 119.555.394-30

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2018
Nome: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 119.555.394-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 28



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

APO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Data Nascimento: 18/05/1994 Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883
Pronutário: 00433740
Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**
CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 644001
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Profissional ACS:						
Nome do paciente:	<i>Cintônio Marcos dos Santos</i>						
Genitora:	<i>Vera Lucia dos Santos</i>						
Data nasc.	18/05/94	Idade:	23 a	Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/> MASC.) (<input type="checkbox"/> FEM.)	Cor:	
Endereço:	<i>R. Afonso Alves da Olaria</i>						
Bairro:	<i>B. Olaria</i>						
Nome do acompanhante:							
<input type="checkbox"/> Ponto de referência: _____ <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro							

LOCAL DE OCORRÊNCIA:				
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> OUTROS	
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> SUICÍDIO		
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> OUTROS
PRESSÃO ARTERIAL:	MAX. 130	MIN. 80	PESO: 74,5	TEMP: 34,5
QUEIXA PRINCIPAL:	<i>Pulse 75, FR. 20. Glargue 15. Pct. alcoolizada vítima de pedestre de moto (motociclista seu colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais e fratura.</i>			
EXAME FÍSICO:	<i>Sem parox, paralisia, perde de sensibilidade. Sem ríniais e fratura.</i>			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>Paroxs Alcoólica / Incidente de moto. CID:</i>
EXAMES SOLICITADOS:	

TRATAMENTO PROPOSTO:	
CDI:	<ul style="list-style-type: none"> ① SG 5% sozinho + Olamp complexo B. (CORRER) ② Expirar Olamp + Sone AD EN ③ Pequ Olamp IH. ④ Ceteprefus Olamp 15g
	<i>15:40h</i>
	<i>folha</i>
	<i>M. Juliano de Oliveira Assinatura 09/04/2018</i>
APÓS AS AUDIÇÕES.	
mattoffte	
Nathalia Faria de Britto Médica CRM/PE 25574	24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
ALTA HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO
DATA: _____	HORA: _____



ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO





Compre

imposto



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marielide de Melo Silva,

RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000

Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com

domicílio na cidade de Camocim de São Félix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Alto Alires de Oliveira, nº 192,

complemento lara, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos, cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2 JCY 110 CR10 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 36.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



ÓFICIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE
LAMARTINE CORDEIRO ALVES - Telef.: 084 3220-1100 | MARIA LUCIANA PONTES DA SILVA - Presidente

Resid. Ofício Camocim, 500 - Centro - CEP: 56881-000 - Camocim de São Félix / PE - Fone: (084) 3242-7000 - e-mail: camocim@justica.mj.br

Atencioso, por autenticidade alíás firmas) de: Marielide de Melo Silva

SILVA

selo:0075028.EAR09201701.03973

dou fe. Camocim de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testemunha da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - TSF R\$0,80 Total a Pagar: R\$4,79 - Oper. B.I

Consulte autenticidade em [www.pje.jus.br/seledigital](http://pje.jus.br/seledigital)





AVENIDA CRUZ CABUGÁ - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2017125279232 Escriptório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLÍMICO		RESIDENCIAL	00527923.2	12/2017-7
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000		GRUPO: 6	OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2	
INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165				
RESIDENCIAL				
ESTADO:	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO:	
AL2U136071	29/11/2017	30/12/2017	MEDIA HD /	
ÁGUA	ESGOTO			
LEIT. ANT.: 605	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 615	RECORRENÇA TAXA MÍNIMA	LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 615	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	ENIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2017	TURBIDEZ	23	23	23
10/2017	COR APARENTE	23	23	16
09/2017	CLORO RESIDUAL	23	23	23
08/2017	COLIFORMES TOTAIS	23	23	21
07/2017	E. Coli	23	23	23
06/2017				
MÉDIA				
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS: ABSÉNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

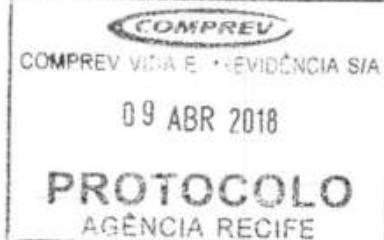
ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE	
CONSUMO DE ÁGUA	
MULTA P/IMPONTUALIDADE	11/2017
DOAÇÃO AO PRO-criança	12/2017

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3 40,18
0,86
2,50



TIPO	VALOR CÁLCULO	VALOR PAGAMENTO
PIS	40,18	0,66
COFINS	40,18	3,05

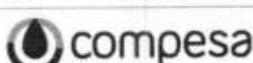
VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 43,54

EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: EDINTILDO MIGUEL DA SILVA

Emitido em: 16/01/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00527923.2 12/2017-7

VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 43,54

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação			TARM			Operador de frota	
Médico Regulador Dra. Nayana			ID	Nº ocorrência	Unidade Móvel	Base da unidade Cometa	
Data 29/12/17			Hora 14:43	0130	01	Nº	
Endereço da ocorrência Ric Jucum Nabuco			Município Cometa				
Bairro Cidade							
Ponto de referência Por trás do cemiterio / Em via pública							
Nome da vítima Antônio Marcos dos Santos						Idade 22	Sexo M/F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				

Queixa Acidente							
Comunicação	Saída da base	14:45	Chegada no local	14:49	Saída do local	15:10	Chegada no destino
						15:13	Saída do destino
						15:30	Chegada na base

<input type="checkbox"/> Transferência (senha): _____	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro
<input type="checkbox"/> Tipo de Agravo: Acidente Trânsito _____	<input type="checkbox"/> Queimadura _____
<input type="checkbox"/> Pedestre _____	<input type="checkbox"/> Térmica _____
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor do veículo _____	<input type="checkbox"/> Química _____
<input type="checkbox"/> Passageiro do veículo _____	<input type="checkbox"/> Elétrica _____
<input type="checkbox"/> Agressão _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Clínico _____	
<input type="checkbox"/> Desabamento / Soterramento _____	
<input type="checkbox"/> Convulsões _____	<input type="checkbox"/> Drogadição _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial _____
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca _____	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores _____
<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa _____	<input type="checkbox"/> Medicamento _____
<input type="checkbox"/> Doença Mental _____	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios _____
<input type="checkbox"/> Doença Renal _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico _____	
<input type="checkbox"/> Quase Afogamento _____	

Antecedente:							
<input type="checkbox"/> AIDS _____	<input type="checkbox"/> Convulsões _____	<input type="checkbox"/> Drogadição _____					
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial _____					
<input type="checkbox"/> Alergia _____	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca _____	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores _____					
<input type="checkbox"/> AVC _____	<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa _____	<input type="checkbox"/> Medicamento _____					
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas _____	<input type="checkbox"/> Doença Mental _____	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios _____					
<input type="checkbox"/> Doença Renal _____	<input type="checkbox"/> Doença Renal _____	<input type="checkbox"/> Outros _____					

Exame Clínico:							
<input type="checkbox"/> Principais sintomas / Queixas	<input type="checkbox"/> Convulsão _____	<input type="checkbox"/> Palidez _____					
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade _____	<input type="checkbox"/> Diarréia _____	<input type="checkbox"/> Sangramento _____					
<input type="checkbox"/> Alergia _____	<input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória _____	<input type="checkbox"/> Cúbito _____					
<input type="checkbox"/> Ausência de pulso _____	<input type="checkbox"/> Dor Local _____	<input type="checkbox"/> Outros _____					
<input type="checkbox"/> Cianose _____	<input type="checkbox"/> Febre _____						
<input type="checkbox"/> Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora _____	<input type="checkbox"/> Mais de 4 horas _____	<input type="checkbox"/> Mais de 24 horas _____					
<input type="checkbox"/> 1 a 3 horas _____	<input type="checkbox"/> Não sabe _____						

Dados Vitais:							
Horas	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:	120 x 80	75	22		98	90%	15
Fim:							

RESPIRAÇÃO:			Respiração/Ventilação:			Ausculta:			Expansibilidade:		
<input type="checkbox"/> Via Aérea:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Roncos/sibilos	<input type="checkbox"/> Superficial		
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Parada Respiratória	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Regular		
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Assitida	<input type="checkbox"/> Ritmo irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> Irregular		
<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação		
<input type="checkbox"/> Corpo Estranho	<input type="checkbox"/> Hipofonese	<input type="checkbox"/> Atrito Pericardio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação	<input type="checkbox"/> Auscultação		
<input type="checkbox"/> Bronco Aspiração	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Não realizado									
<input type="checkbox"/> Edema de Glote											
<input type="checkbox"/> OBS											
Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Expectorado mucosa/purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptise <input checked="" type="checkbox"/> Hálito Etílico <input type="checkbox"/> Outros											

CIRCULAÇÃO:											
Pele:	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Úmida	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outros			
Edema:	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebras	<input type="checkbox"/> M Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
Perfusão:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Fina	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
Pulso:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Fina	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
Ausculta:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Atrito Pericardio	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
ECG:	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Não realizado								

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVIS	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Otorragia Esquerda | <input type="checkbox"/> Miase Direita |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Direito | <input type="checkbox"/> Miase Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Cansa | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Esquerdo | <input type="checkbox"/> Midriase Direita |
| <input type="checkbox"/> Confusão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guaxinim Direito | <input type="checkbox"/> Midriase Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guaxinim Esquerdo | <input type="checkbox"/> Paralisia |
| <input type="checkbox"/> Otorragia Direita | <input type="checkbox"/> Rigidiz de Nuca | <input type="checkbox"/> Paresia |
| | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Anestesia |

OBSERVAÇÕES:

Segundo no local e
visto no encontro
sem ósio, ósio
orientado, sem fraturas
no escor oco, ósio
zodo fo feito
protocolo de
transfusão
e remoção de
JULIANA
REC DE ENFERMAG
COREN-PE 1209585

- Parestesia
 Arreflexia
 Pupila reagente
 Pupila não reagente
 Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:
 Desvio Traquéia
 Normal
 Turgência Jugular
 Enfisema Subcutâneo
 Outros:

- Abdômen:
 Distensão Ascite
 Doloroso / Defesa
 Espionomegalia
 Hepatomegalia
 Irritação peritoneal
 Normal
 Outros:

- Urogenital:
 Anúria
 Giordano Direito
 Giordano Esquerdo
 Hematuria
 Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento Hemorragia vaginal Normal semanas Outros:
 Trabalho de parto: 01 cont./10m 1-3 cont./10m 3-5 cont./10m Bolsa rota
 Parto útero Gemelar Líquido Meconial APGAR:

Sangramento Nascimento

- PROCEDIMENTOS:
 Desobstrução Vias Aéreas
 Intubação Nasal/áqua
 Cânula Orlaríngea
 Cricotirepídestomia
 Ventilação Mecânica Ambu.
 Respirador
 Inalação O2
 Toracocentose c/ Agulha Direita

- Toracocentose c/ agulha esquerda
 Crenagem Toracica direita
 Drenagem Toracica Esquerda
 Massagem Cardíaca Externa
 Desfibrilação/Cardiopressão
 Controle Hemorragia
 Curativo
 Punção Venosa Periférica
 Punção Venosa Central

- Sonda Gástrica
 Sutura manual
 Sedação
 Imobilização Membros
 Colar Cervical
 Talias/Tração
 Entubação Orotáquea
 Traqueostomia
 Monitorização Cardíaca / Oximetria
 Outros

Diagnósticos:
TRATAMENTO

Reposição Volumétrica	Volumen	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer Lactato	500 ml				
Sol. Isotônico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: *União S. Bento*

MUNICÍPIO: *Recife*

INTERCORRÊNCIA:
PERFECES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux / Téc de Enferm.	Condutor
<i>Dra. Nayara</i>	—	<i>Juliana Gabriela</i> TEC. DE ENFERMAG COREN-PE 1209585	<i>Rafael</i>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

COD.: 148 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antônio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119855394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119855394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix 01 de fevereiro de 2018

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



201801011001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA DOS SANTOS** Pai: **MANOEL PAULO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05/01/2018 14:56



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 37

Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

*Antônio marcos dos Santos***ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)**B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matricula: **221711-2**

05/01/2018 14:51



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 38



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

119555394-30

Nome completo da vítima

Antonio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Marcos dos Santos	119555394-30	Recurvo-se
Enderço	Número	Complemento
AV Afonso Alves de Oliveira	220	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55665-000
Email	Telefone (DDD) 9668-4814/9258-3087	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	CONTA CORRENTE (todos os bancos)
4995	13564	3	BANCO Nome _____ NRO. _____
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

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

Camocim de São Félix, 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

1F.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

555.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos		555.555.334.30	acessor - se
Endereço	Av: Afonso Alves de Oliveira	Número	Complemento
Bairro	Centro	220	-
Email		Estado	CEP
		PE	55665-000
		Telefone (DDD)	
		81-99668-4824	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1038 D/V 38664 CONTA NRO. 4
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Caruaru - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

COMPREV
COMPREV VIDA E SEGUINCIAS S/A

17 JUL 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FAPPF.001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA: 375496777
ODO: REVMAM
TARIF. 44444444
EXERCÍCIO: 2017

RODRIGO
MACHADO DE MELO SIlVA

CAMOCIM DR. SÃO MELIX-PE

011 100 724-06

PLACA: FBS2800
ESTR. / TPO: 902204110CB402272

PAS / MOTOCICLETA
MARCA / MODELO: HONDA / CG 125 FAN K5
CAB / POT / CIL: 2P/124CL
CATEGORIA: P
ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2012
COR/PEÇAS/PLATE: PRETA

VIA: 011 100 724-06
REVMAM: 375496777
ANO: 2017
PLACA: FBS2800

EXERCÍCIO: 14/02/17
DATA EMISSÃO: 14/02/17

SEGURADO: RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA
AV. AFRO ALVES DE OLIVEIRA, 192
CASA CHAMADA CAMOCIM DR. SÃO MELIX-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONTRAN		DENATRAN	
SEM RESERVA		RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA	
JUDGMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO		NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
SEGURADO PAGO		RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA	
DISPENSA/EXCEPÇÃO		RODRIGO MACHADO DE MELO SIlVA	
PRÉMIO (TARIFÁRIO DR. SÃO MELIX-PE)		PRÉMIO (TARIFÁRIO DR. SÃO MELIX-PE)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
SEGURADO PAGO		SEGURADO PAGO	
COTA ÚNICA		COTA ÚNICA	
PAGAMENTO		PAGAMENTO	
PENCILADO		PENCILADO	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
DATA DE EMISSÃO		DATA DE EMISSÃO	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE VENCIMENTO	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

013128614040
RECIBO PE Nº
013128614040

PE

RECEBIDO CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
COMPREV	
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
09 ABR 2018 ASSINATURA	
PROTOCOLO	
AGÊNCIA RECIFE	

DATA: 14/02/17

CÓD. REVMAM: 375496777

DESTACAR E GUARDAR O BILHETE DE PÁT. SLS NAO É DIA FÓRUM OBRIGATÓRIO.

Diretor - Presidente - DENATRAN/PE





Compre

imposto





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

APO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994 Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**
CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 43



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 644001
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Profissional ACS:				
Nome do paciente:	<i>Cintônio Marcos dos Santos</i>				
Genitora:	<i>Vera Lucia dos Santos</i>				
Data nasc.	18/05/94	Idade:	23 a	Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/> MASC.) (<input type="checkbox"/> FEM. Cor:
Endereço:	<i>R. Afonso Alves da Olaria</i>				
Bairro:	<i>B. Olaria</i>				
Nome do acompanhante:	Ponto de referência: _____				
<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro					

LOCAL DE OCORRÊNCIA:		
TIPO DE OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO		
PACIENTE CHEGOU: <input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> OUTROS		
PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80	PESO: HGT-42	TEMP. 34,4°C
QUEIXA PRINCIPAL: <i>Pulse 75, FR. 20, Glasgow 15. Pct. alcoolizado vítima de acidente de moto (motociclista seu colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais e fratura.</i>		
EXAME FÍSICO: <i>Sem parox, paralisia, perde de sensibilidade. Sem raias de fratura.</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>lacerção Alcoólica / Incidente de moto. CID:</i>		

EXAMES SOLICITADOS:		
TRATAMENTO PROPOSTO:		
<p>CDI: <input type="checkbox"/> ① SG 5% sozinho + Olamp complexo B. (CORRER) <input type="checkbox"/> ② Expirar Olamp + Sone AD EN <input type="checkbox"/> ③ Pele Olamp IH.</p> <p><u>ALTA</u> <input type="checkbox"/> ④ Ceteprefusol Olamp 15g</p> <p><i>15:40h</i></p> <p><i>Após as audições.</i></p> <p><i>mattoffte</i></p> <p><i>Natalia Souza de Britto</i> Médica CRM/PE 25574</p> <p><i>24 DEZ. 2017</i></p>		
DESTINO DO PACIENTE:		
<p><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA</p>	<p>COMPROVADA E EVIDÊNCIA S/F 09 ABR 2018</p> <p>SIGNATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO</p> <p><i>Mr. Juliano de Oliveira Interno 09/04/2018</i></p>	<p>TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE INTERNAMENTO</p>
ALTA HOSPITALAR	<p><i>PROTÓCOLO</i></p> <p>AGÊNCIA RECIFE</p>	
DATA: _____ / _____ / _____	HORA: _____	ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO





Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
Início visto
paciente ANTONIO MANOS DOS SANTOS, int. nro
de andar de residença em 24/12/2017 Segur.
do B.O. n.º N: 18E0190000011

Sobre extenso ferimento no pulso esq.
tratado com higiene + desbridamento + su-
tura + curativos

O resultado evolui com lesões:
- deformidade avançada (cicatriz no
métacarpo.)
- hérnias de tecidos ativos de
rotacao do dedo

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8684
CPF: 172.872.334-0

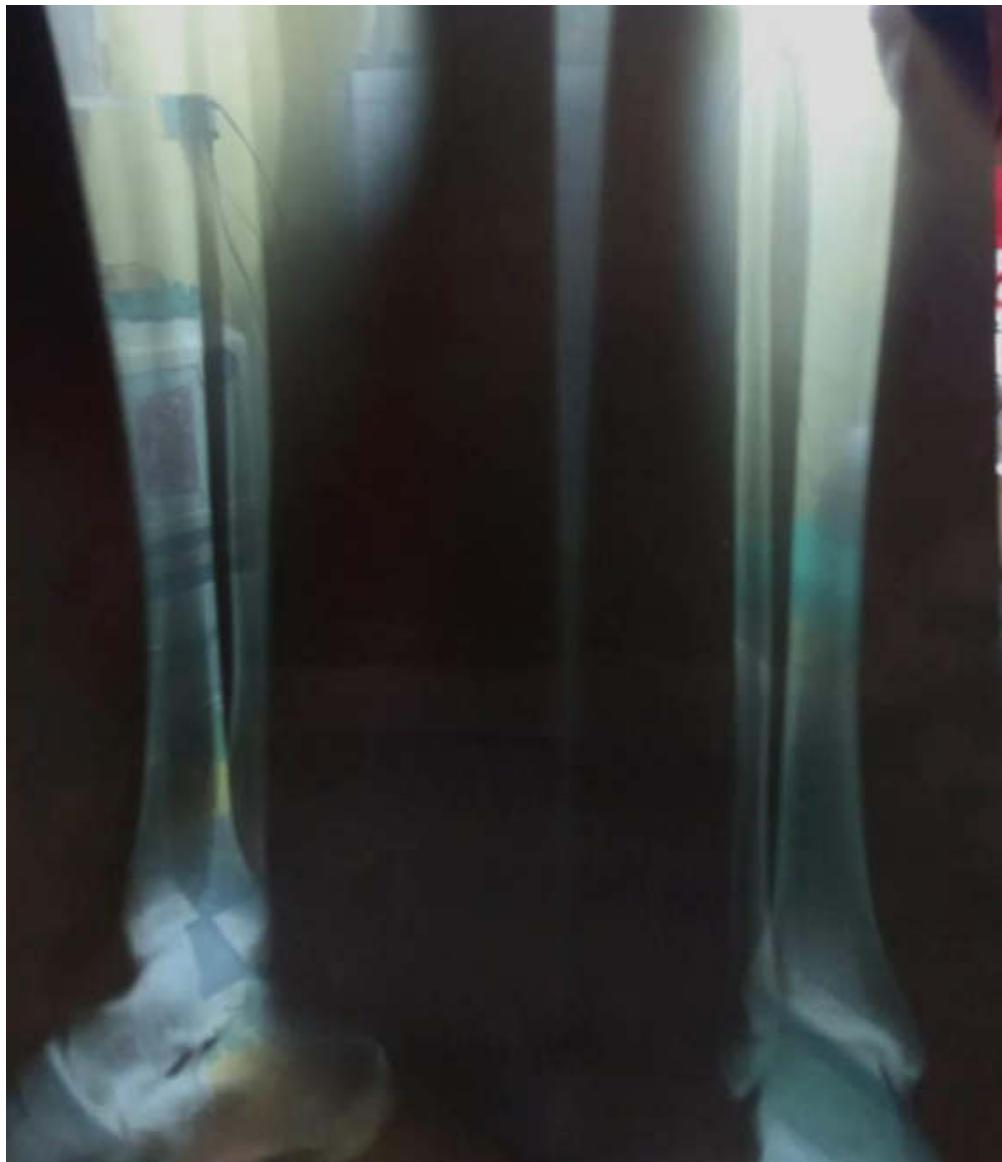
03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET 2018

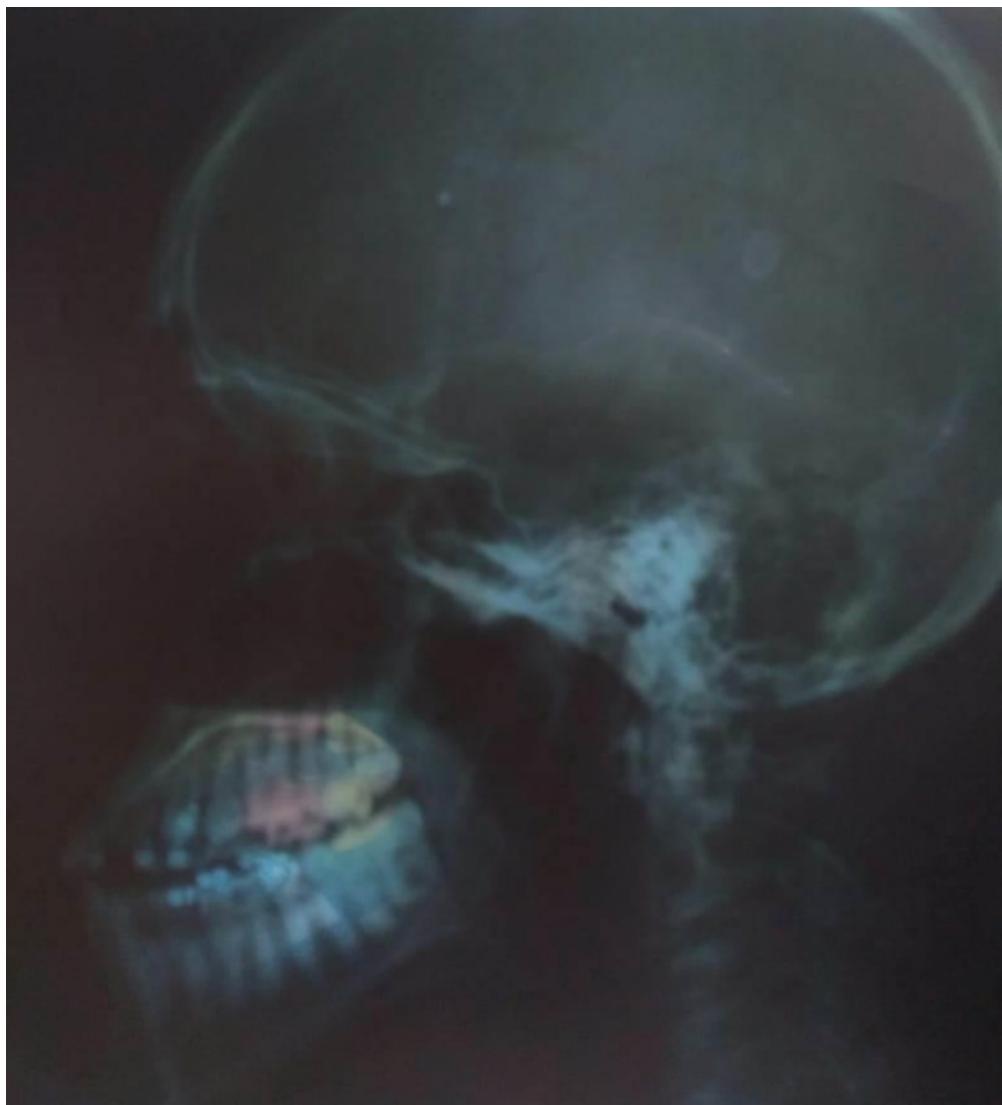
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281318593300000064151467>
Número do documento: 2007281318593300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 47



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:18:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813185933300000064151467>
Número do documento: 20072813185933300000064151467

Num. 65376775 - Pág. 48

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marielide de Melo Silva,

RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000

Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com

domicílio na cidade de Camocim de São Félix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Alto Alires de Oliveira, nº 192,

complemento lara, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos, cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2 JCY 110 CR10 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 36.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



ÓFICE ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE

Av. Antônio Gonçalves Alves - Núm. 000 - Centro - 54650-000 - Camocim de São Félix / PE - Fone: (81) 3142-7000 - e-mail: camocim@justica.mtj.mt.gov.br

Autenticidade da assinatura: Marielide de Melo Silva - Selo: 0075028.EAR09201701.03973

dou fe. Camocim de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testemunha da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - TSF R\$0,80 Total a Pagar: R\$4,79 - Oper. B.I
Consulte autenticidade em [www.pje.jus.br/seledigital](http://pje.jus.br/seledigital)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Marcos dos Santos,
RG nº 8.567.204, data de expedição 08/12/12, Órgão SDS

CPF nº 119.555.394-30 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>Av Afonso Pena de Oliveira</u>
Número	<u>220</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lameira de São Félix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.2668-4819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lameira de São Félix 19/09/2018

Assinatura do Declarante: Antonio marcos dos Santos





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2018085279232 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS AV APRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000 INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165		GRUPO: 6	OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2
BENEFÍCIOS: Bem-vindo (002), RECARGA (001)			
TIPO DE ÁGUA LIGADO	ESTADO DE SISTEMA POTENCIAL	MONTAGEM	QUANTIDADE DE PESOGRAMAS COMENTOS
RESIDENCIAL A120136071	DATA: 31/07/2018	30/07/2018	ESGOTO LEIT. ANT.: 000 LEIT. ATUAL: 000 LEIT. FAT.: 000
ÁGUA LEIT. ANT.: 636 LEIT. ATUAL: 646 LEIT. FAT.: 646	CONSUMO: 3 RECORRENÇA TAXA MÍNIMA ANORMALIDADE DE LEITURA		VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS
07/2018 1/		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS
06/2018 0/	TURBIDEZ	23	29
05/2018 0/	COR APARENTE	23	29
04/2018 5/	CLORO RESIDUAL	23	29
03/2018 5/	COLIFORMES TOTAIS	23	29
02/2018 5/	E.COLI	23	29
MÉDIA 2/ 0	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		ATENDE À LEGISLAÇÃO

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPOUNTALIDADE 07/2018 DOAÇÃO AO PRO-criANCA 08/2018	3 M3	41,30 0,87 2,50
 20 SET 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		
PIB COFINS	1,65 7,60	0,68 3,14
15/09/2018		TOTAL A PAGAR: 44,67

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA ENCONTRA-SE EM OPERAÇÃO NESTE ENDERECO E SERÁ COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO CONFORME CATEGORIA DO IMÓVEL.

Exibido por: INTERNET	Exibido em: 19/09/2018
compesa	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810185	0800-2813844
15/09/2018	MATRÍCULA: 00527923.2 08/2018-3
15/09/2018	TOTAL A PAGAR: 44,67
CÓDIGO DE BARRAS	
82800000000-1 44670018035-8 00527923201-3 08201830003-5	
	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação		Médico Regulador Dra. Nayana		TARM			Operador de frota Alan	
		Data 29-12-17	Hora 14:43	ID 0130	Nº ocorrência 01	Unidade Móvel USM	Base da unidade Cometa	
		Endereço da ocorrência Rua Jucum Náutico						Nº
		Bairro Coque						Município Cometa
		Ponto de referência Por trás do cemitério / Em via pública						
		Nome da vítima Antônio Marcos dos Santos						Idade 22
		Solicitante / Fone						Sexo M / F
Cartão de saúde - SUS								

Queixa Acidente																															
Comunicação 14:43	Saída da base 14:45	Chegada no local 14:49	Saída do local 15:10	Chegada no destino 15:13	Saída do destino 15:30	Chegada na base 15:33																									
<input type="checkbox"/> Transferência (senha): _____ <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Eletrocussão</td><td><input type="checkbox"/> Queda _____ Metro</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> FAB</td><td><input type="checkbox"/> Queimadura</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> FAF</td><td><input type="checkbox"/> Térmica</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Glúaco-obstétrico</td><td><input type="checkbox"/> Química</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesões térmicas</td><td><input type="checkbox"/> Elétrica</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pediátrico</td><td><input type="checkbox"/> Outros</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Psiquiátrico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Quase Afogamento</td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Térmica	<input type="checkbox"/> Glúaco-obstétrico	<input type="checkbox"/> Química	<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	<input type="checkbox"/> Elétrica	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico		<input type="checkbox"/> Quase Afogamento									
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro																														
<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Queimadura																														
<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Térmica																														
<input type="checkbox"/> Glúaco-obstétrico	<input type="checkbox"/> Química																														
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	<input type="checkbox"/> Elétrica																														
<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Outros																														
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico																															
<input type="checkbox"/> Quase Afogamento																															
Antecedente: <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> AIDS</td><td><input type="checkbox"/> Convulsões</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo</td><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alergia</td><td><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> AVC</td><td><input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas</td><td><input type="checkbox"/> Doença Mental</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Doença Renal</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Drogadição</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Internamentos anteriores</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Medicamento</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Outros</td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa	<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Doença Mental		<input type="checkbox"/> Doença Renal		<input type="checkbox"/> Drogadição		<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores		<input type="checkbox"/> Medicamento		<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsões																														
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes																														
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca																														
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa																														
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Doença Mental																														
	<input type="checkbox"/> Doença Renal																														
	<input type="checkbox"/> Drogadição																														
	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial																														
	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores																														
	<input type="checkbox"/> Medicamento																														
	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios																														
	<input type="checkbox"/> Outros																														
Exame Clínico: <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Agitação/agressividade</td><td><input type="checkbox"/> Convulsão</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alergia</td><td><input type="checkbox"/> Diarréia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ausência de pulso</td><td><input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cianose</td><td><input type="checkbox"/> Dor Local</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Febre</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Palidez</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Sangramento</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Cúpito</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Outros:</td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Dor Local		<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio		<input type="checkbox"/> Palidez		<input type="checkbox"/> Sangramento		<input type="checkbox"/> Cúpito		<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade	<input type="checkbox"/> Convulsão																														
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Diarréia																														
<input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória																														
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Dor Local																														
	<input type="checkbox"/> Febre																														
	<input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio																														
	<input type="checkbox"/> Palidez																														
	<input type="checkbox"/> Sangramento																														
	<input type="checkbox"/> Cúpito																														
	<input type="checkbox"/> Outros:																														
Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> COMPRE VIDA E PREVIDÊNCIA SISTEMA RECIFE 09 ABR 2018 </div>																															
Dados Vitais: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Hora</th> <th style="text-align: center;">PA</th> <th style="text-align: center;">P脉</th> <th style="text-align: center;">FR</th> <th style="text-align: center;">Temp. Axilar</th> <th style="text-align: center;">Glicemia</th> <th style="text-align: center;">Saturação O₂ %</th> <th style="text-align: center;">Escala de Glasgow</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Início:</td> <td style="text-align: center;">120 x 80</td> <td style="text-align: center;">75</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">90%</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fim:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow	Início:	120 x 80	75	12		98	90%	15	Fim:							
Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow																								
Início:	120 x 80	75	12		98	90%	15																								
Fim:																															

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

 Livre Obstrução Parcial Total Corpo Estranho Bronco Aspiração Edema de Glote OBSAchados: Crepitação Enfisema Subcutâneo Expectoração mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico

Respiração/Ventilação:

 Espontânea Parada Respiratória Assistida Ritmo irregular Normal Roncos/sibilos Estertores Diminuição MV Ausência MV

Ausculta:

 Normal Ausentes Estertores Diminuição MV Ausência MV

Expansibilidade:

 Normal Superficial Regular Irregular

CIRCULAÇÃO:

Pele: Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca OutrosEdema: Ausente Palpebras M Inferiores AnasarcaPerfusão: Normal Retardada AusentePulso: Regular Irregular Fino Cheio AusenteAusculta: Normal Hipofone Atrito Pericardio Arritmia SoproECG: Normal Alterado Não realizado

